



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre



1.º Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária

Prof. Doutora Filomena Martins

RELATÓRIO DE ESTÁGIO
QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS -
(CASO – EXTENSÃO DE SAÚDE DE CEBOLAIS DE
CIMA, EXTENSÃO DE SAÚDE DE LARDOSA E UM
FICHEIRO CLÍNICO DO CENTRO DE SAÚDE DE
CASTELO BRANCO)

Ana Luísa Martins

Fevereiro

2012

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

1.º Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária

Prof. Doutora Filomena Martins

RELATÓRIO DE ESTÁGIO
QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS -
(CASO – EXTENSÃO DE SAÚDE DE CEBOLAIS DE
CIMA, EXTENSÃO DE SAÚDE DE LARDOSA E UM
FICHEIRO CLÍNICO DO CENTRO DE SAÚDE DE
CASTELO BRANCO)

Ana Luisa Martins

Fevereiro
2012

*Devemos aprender durante toda a vida,
sem imaginar que a sabedoria vem com a velhice.*

Platão

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho, de grande significado pessoal, vem concretizar uma das etapas da minha formação académica e científica. Apesar do carácter individual que está inerente a este relatório, a sua elaboração não seria possível sem a colaboração, orientação, apoio e incentivo de algumas pessoas. Neste sentido, gostaria de expressar o meu reconhecimento e consideração às seguintes pessoas e instituições:

À professora Doutora Filomena Martins.

Ao meu querido filho Rafael e ao meu marido Márcio, pelo seu incondicional amor e dedicação ao longo de todo este tempo.

As minhas amigas e companheiras, Ana e Sónia, que me apoiaram e me ajudaram nesta longa caminhada.

À Escola Superior de Saúde de Portalegre.

RESUMO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que em 2050, 32% da população mundial será composta por idosos, por conseguinte, a promoção do envelhecimento saudável constitui uma prioridade em matéria de Saúde Pública.

O presente relatório tem como finalidade registar de forma clara e objectiva as actividades realizadas, observadas e proporcionadas pela pratica clínica referente ao estágio realizado na comunidade no âmbito do 1º curso de mestrado em Enfermagem com especialização em saúde comunitária da Escola Superior de Saúde de Portalegre. Pretendo ainda através deste relatório, reflectir sobre o contributo do mesmo para o meu desenvolvimento pessoal e profissional como futura enfermeira especialista em saúde comunitária.

A metodologia seguida neste relatório assim como no estágio realizado foi a metodologia do planeamento em Saúde.

O estágio realizado teve como objectivo promover o Envelhecimento Saudável dos idosos pertencentes a três extensões de saúde da Unidade Local de Saúde (ULS) de Castelo Branco e adquirir competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem comunitária e de Saúde Pública definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

Após a elaboração do diagnóstico de saúde efectuado a 255 idosos, através do instrumento de colheita de dados: questionário composto por caracterização sócio-demográfica, escalas de avaliação da Qualidade de Vida (QV): WHOQOL-OLD e WHOQOL- BREF da OMS e Índice de Barthel, conclui-se que, de um modo geral, os idosos percebem a sua saúde e QV de forma satisfatória. Foram referidos como factores determinantes para melhorar a sua QV: a “saúde”, “ter paz” e “ter dinheiro”. Foram detectados como principais necessidades e problemas dos idosos a falta de actividade física, consumo de álcool e tabaco, segurança do idoso e sentimentos negativos ou isolamento do idoso.

Foram realizadas actividades de forma a fomentar mudanças de comportamento efectivas relativamente á aquisição de hábitos de vida saudáveis, tendo como referencial teórico Nola Pender e o seu modelo de promoção da saúde.

É necessário que estas intervenções tenham continuidade para que haja mudanças de comportamento efectivas relativamente a adopção de hábitos de vida saudáveis pelos idosos.

Palavras-chave: Envelhecimento Saudável; Qualidade Vida; Enfermagem Comunitária; Promoção da Saúde; Hábitos de Vida Saudáveis.

ABSTRACT

The World Health Organisation (WHO) predicts that by 2050, 32% of the population will consist of elderly, therefore, the promotion of healthy aging is a priority in Public Health.

This report is intended to record clearly and objectively the activities carried out, examined and provided by practica clinic regarding the training held in the community under the 1st Master's degree in Nursing with specialization in community health, School of Health Portalegre. Still intend through this report, reflect on contributo the same for my personal and professional development as a future nurse specialist in community health.

The methodology followed in this report as well as performed on stage was the planning methodology in Health.

The stage was held to promote Healthy Aging of the elderly belonging to three extensions of Health Local Health Unit (LHU) of Castelo Branco and acquire specific skills of specialist nurses in Community Nursing and Public Health established by Order of Nurses.

After the development of health diagnosis made to 255 elderly, through the instrument of data collection: questionnaire consisting of socio-demographic scales for assessing quality of life (QOL): WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD WHO and Index Barthel, it is concluded that in general, the elderly perceive their health and QOL satisfactorily. Been reported as key factors to improve their quality of life: the "health", "have peace" and "have money". Were detected as major needs and problems of the elderly to lack of physical activity, alcohol and tobacco, safety and feelings of the elderly or isolation of the elderly.

Activities have been undertaken in order to promote behavioral change will be effective for the acquisition of healthy lifestyles, with the theoretical model and Nola Pender health promotion.

It is necessary that these interventions are continued so that there are behavioral changes effective for the adoption of healthy lifestyles for the elderly.

Keywords: Healthy Aging, Quality Life, Community Nursing, Health Promotion, Healthy Habits for Life.

ÍNDICE

| | |
|--|--------------|
| INTRODUÇÃO..... | 2 |
| 1. ENQUADRAMENTO..... | 4 |
| 1.1 O ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO A NÍVEL MUNDIAL E NACIONAL..... | 4 |
| 1.2 QUALIDADE DE VIDA/ ENVELHECIMENTO ACTIVO | 7 |
| 1.3 FACTORES DETERMINANTES DA QUALIDADE DE VIDA/ ENVELHECIMENTO ACTIVO DO IDOSO | 11 |
| 1.4 PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE/ MODELO NOLA PENDER..... | 22 |
| 1.5 A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE COMUNITÁRIA NA PROMOÇÃO DA QV DO IDOSO..... | 28 |
| 1.6 METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE..... | 35 |
| 2. CONTEXTO EM ESTUDO..... | 37 |
| 3. INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA..... | 39 |
| 3.1 DIAGNÓSTICO DE SAÚDE | 39 |
| 3.2 DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES E NECESSIDADES..... | 43 |
| 3.3 DEFINIÇÃO DE OBJECTIVOS..... | 45 |
| 3.4 SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS..... | 47 |
| 3.5 PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO | 47 |
| 3.6 ESPECIFICAÇÃO DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS | 49 |
| 4. AVALIAÇÃO..... | 53 |
| 5. CONCLUSÃO..... | 58 |
| 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | |

APÊNDICES

Apêndice I- Projecto de Estágio

Apêndice II- Local onde os idosos estão inseridos (Quadro 1)

Quadro 1- Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Local e onde estão inseridos

Apêndice III- Questionário

Apêndice IV – Caracterização Sócio- demográfica (Quadro 2, 3 e 4)

Quadro 2- Distribuição absoluta e percentual dos idosos por idade e sexo

Quadro 3- Estatísticas descritivas da variável idade

Quadro 4- Distribuição absoluta e percentual dos idosos por intervalos de idade e sexo

Apêndice V- Caracterização Sócio- demográfica/ estado civil (Quadro 5)

Quadro 5- Distribuição absoluta e percentual de idosos por estado civil e por sexo

Apêndice VI - Caracterização Sócio- demográfica/ Escolaridade (Quadro 6)

Quadro 6- Distribuição absoluta e percentual dos idosos por escolaridade e sexo.

Apêndice VII- Caracterização Sócio- económica - Situação profissional (Quadro 7)

Quadro 7- Distribuição absoluta e percentual dos idosos por situação profissional e sexo.

Apêndice VIII- Caracterização socio- económica- Constituição do agregado familiar (Quadro 8)

Quadro 8 - Distribuição absoluta e percentual dos idosos por com quem vive e sexo.

Apêndice IX – Percepção de saúde (Quadro 9 e Quadro 10)

Quadro 9- Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde e sexo

Quadro 10 - Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde e intervalos de idades

Apêndice X – Factores que influenciam a Percepção de saúde - dinheiro (Quadro 11 e Quadro 12)

Quadro 11- Distribuição absoluta e percentual dos idosos por até que ponto esta satisfeito com a sua saúde e tem dinheiro suficiente para fazer as suas necessidades

Quadro 12- teste de Kendall's tau-b Até que ponto está satisfeito com a sua saúde e se tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades

Apêndice XI - Factores que influenciam a Percepção de saúde - Doença (Quadro 13)

Quadro 13- Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde e a doença como influencia negativa

Apêndice XII - Factores que influenciam a percepção de Saúde – Precisar de cuidados de saúde para fazer a sua vida diária (Quadro 14 e Quadro 15)

Quadro 14- Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde e Em que medida precisa de cuidados de saúde.

Quadro 15 – Teste de Kendall ‘s tau- b Até que ponto está satisfeito com a sua saúde e Em que medida necessita de cuidados de saúde

Apêndice XIII – Factores que influenciam a percepção de saúde – patologias crónicas (Quadro 16, 17, 18, 19)

Quadro 16 – Medianas da satisfação com a saúde para os doentes que referiram ter ou não diabetes

Quadro 17 - Medianas da satisfação com a saúde para os doentes que referiram ter ou não Hipertensão Arterial

Quadro 18 - Medianas da satisfação com a saúde para os doentes que referiram ter ou não Patologia cardiovascular

Quadro 19 - Medianas da satisfação com a saúde para os doentes que referiram ter ou não Osteoporose

Apêndice XIV – Factores que influenciam a saúde - Grau de dependência (Quadro 20 e 21)

Quadro 20 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Score de Barthel e Até que ponto está satisfeito com a sua saúde

Quadro 21 – Teste de Kendall ‘s tau-b: Score de Barthel e Até que ponto está satisfeito com a sua saúde

Apêndice XV – Avaliação da Qualidade de vida (Quadros 22, 23, 24 e 25)

Quadro 22 - Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Como avalia a sua qualidade de vida e sexo

Quadro 23 - Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Como avalia a sua qualidade de vida e intervalos de idades

Quadro 24 – Teste do Qui- quadrado : Como avalia a sua qualidade de vida e sexo

Quadro 25 - Teste de Kendall ‘s tau-b: Como avalia a sua qualidade de vida e intervalos de idade

Apêndice XVI – Dimensões da percepção de qualidade de vida (Quadro 26)

Quadro 26- Dimensões da percepção de qualidade de vida

Apêndice XVII – Dimensões que influenciam positivamente a qualidade de vida dos idosos (Quadro 27)

Quadro 27 – Dimensões da percepção do que influencia positivamente a qualidade de vida dos idosos

Apêndice XVIII – Domínios da escala WHOQOL- BREF (Quadro 28)

Quadro 28 – Estatística descritiva dos domínios da WHOQOL- BREF

Apêndice XIX – Domínios da escala de WHOQOL- OLD (Quadro 29)

Quadro 29 – Estatística descritiva dos domínios da WHOQOL- OLD

Apêndice XX – Qualidade de vida por local (Quadro 30)

Quadro 30 – Estatística descritiva do item como avalia a sua qualidade de vida por local onde vive

Apêndice XXI – Domínios da escala de WHOQOL-BREF e Local onde está inscrito (Quadro 31)

Quadro 31- Estatística descritiva dos domínios da escala WHOQOL-BREF e Local onde está inscrito

Apêndice XXII – Domínios da escala de WHOQOL-OLD e Local onde está inscrito (Quadro 32)

Quadro 32- Estatística descritiva dos domínios da escala WHOQOL-OLD e Local onde está inscrito

Apêndice XXIII- Factores determinantes na qualidade de vida – Saúde (Quadro 33)

Quadro 33- Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Como avalia a sua qualidade de vida e até que ponto está satisfeito com a sua saúde

Apêndice XXIV- Factores determinantes na qualidade de vida – Ter dinheiro (Quadro 34)

Quadro 34- Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Como avalia a sua qualidade de vida e tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades

Apêndice XXV- Factores determinantes na qualidade de vida – Relações interpessoais (Quadro 35)

Quadro 35- Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Como avalia a sua qualidade de vida e Até que ponto está satisfeito com as suas relações interpessoais

Apêndice XXVI- Factores determinantes na qualidade de vida – Sintomas depressivos (Quadro 36)

Quadro 36- Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Como avalia a sua qualidade de vida e com que frequência tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão

Apêndice XXVII- Factores determinantes na qualidade de vida – Solidão (Quadro 37)

Quadro 37 - Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Como avalia a sua qualidade de vida e Até que ponto está satisfeito com a sua saúde e solidão como influência negativa

Apêndice XXVIII- Factores determinantes na qualidade de vida – Grau de dependência (Quadro 38)

Quadro 38 - Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Score de Barthel e Como avalia a sua qualidade de vida

Apêndice XXIX- Estilos de vida dos idosos (Quadro 39, 40, 41 e 42)

Quadro 39 - Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Hábitos tabágicos e sexo

Quadro 40 - Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Hábitos alcoólicos e sexo

Quadro 41 - Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Faz exercício físico e sexo

Quadro 42 - Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Toma medicamentos para as dores e sexo

Apêndice XXX - Factores sociais - Segurança (Quadro 43 e 44)

Quadro 43 - Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia e sexo

Quadro 44 - Distribuição absoluta e percentual dos idosos por em que medida é saudável o seu ambiente físico e sexo

Apêndice XXXI - Factores psicológicos - Sentimentos negativos (Quadro 45)

Quadro 45 - Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Com que frequência tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão e sexo

Apêndice XXXII- Convite para aula de Educação física em Cebolais

Apêndice XXXIII- Fotografias da Aula de Educação física em Cebolais

Apêndice XXXIV- Brochura sobre Actividade Física

Apêndice XXXV- Plano de formação da sessão de educação para a saúde em Cebolais

Apêndice XXXVI- Diapositivos da sessão de educação para a saúde em Cebolais

apêndice XXXVII- Brochura informativa sobre Alimentação

Apêndice XXXVIII- Brochura informativa sobre Prevenção de Quedas

Apêndice XXXIX- Ficha de Avaliação da sessão

Apêndice XL- Plano de formação da sessão de educação para a saúde em Lardosa

Apêndice XLI- Cartaz de divulgação da sessão de educação para a saúde em Lardosa

Apêndice XLII- Programa de Rádio “ A saúde em Questão”

Apêndice XLIII- Cartaz de divulgação do Encontro “Entre Gerações” em Louriçal em Louriçal

Apêndice XLIV-Diapositivos da apresentação do Estudo no “Encontro Intergeracional em Louriçal”

Apêndice XLV- Plano de sessão da apresentação da apresentação do estudo

SIGLAS E ABREVIATURAS

DGS – Direcção Geral de Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

ISS – Instituto de Segurança Social

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCHI - Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas

PSP – Polícia de Segurança Pública

PNSPI – Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas

QV – Qualidade de Vida

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS - Unidade Local de Saúde

WHOQOL - World Health Organization instrument to evaluate quality of life

WHOQOL-BREF - World Health Organization instrument to evaluate quality of life Bref

WHOQOL-OLD - Health Organization instrument to evaluate quality of life the Old

INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Portalegre. Este Relatório refere-se ao estágio (Apêndice I) realizado na ULS de Castelo Branco, mais especificamente nas extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados [UCSP] 2 de Castelo Branco.

O estágio decorreu no período compreendido entre 14 de Fevereiro a 30 de Junho de 2011 e incidiu na área da promoção do Envelhecimento Saudável/ Qualidade de Vida do Idoso.

A metodologia seguida no relatório e estágio é a do Planeamento em saúde.

Este documento surge para descrever e fazer uma análise crítica e auto reflexa das actividades desenvolvidas no decorrer do mesmo, que me permitam evidenciar um campo de conhecimentos científicos adquiridos no decorrer do curso, demonstrando a sua aplicabilidade na prática e ao mesmo tempo o desenvolvimento e aquisição de competências na área da Enfermagem Comunitária.

A Opção por esta temática surge devido a uma opção pessoal, com o facto de querer saber mais sobre esta fase do ciclo vital, tentando perceber de que forma os idosos percebem a sua qualidade de vida.

Considero que a realização de um projecto, que tem como objectivo promover intervenções na área da saúde comunitária, direccionadas para o tema Envelhecimento Saudável/ QV faz todo o sentido, tendo em conta que o envelhecimento populacional é actualmente uma realidade no nosso país, assim como em todo o mundo. Envelhecer tornou-se um fenómeno relevante do século XXI nas sociedades desenvolvidas, quer pelas suas implicações a nível socio-económico, como nas modificações que se evidenciam individualmente, assim como em novos estilos de vida.

As actividades desenvolvidas no decorrer do Estágio de Intervenção Comunitária, tiveram como objectivo contribuir para a implementação de estratégias de Promoção de Saúde na comunidade idosa e promover um envelhecimento saudável com mais QV, através da aquisição de competências que me permitam participar na avaliação multicausal e nos

processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projectos de intervenção. Com as actividades desenvolvidas pretendi igualmente contribuir para dar visibilidade á Enfermagem.

De acordo com Estrela et al “um relatório é um escrito que apresenta o relato final, completo e definitivo, de um estudo, de uma investigação ou de uma pesquisa (...) não é mera transcrição de materiais estudados ou investigados, um conjunto de anotações desconexas, mas, sim, uma parte essencial de um trabalho de estudo e investigação”. (Estrela et al, 2008:97)

Com este relatório pretendo fazer uma descrição dos factos e actividades com o objectivo de relatar uma situação vivenciada e retratar em que medida foram ou não respeitadas as previsões inseridas no projecto e quais os resultados obtidos.

O presente relatório adquire especial relevância no processo de aprendizagem pois permite registar de forma clara e objectiva as actividades realizadas, observadas e proporcionadas pela prática clínica e pretendo através da sua realização:

- Reflectir sobre as experiências, analisando o contributo do ensino clínico para o desenvolvimento pessoal e profissional como futura enfermeira especialista em saúde comunitária;
- Analisar se os objectivos gerais e específicos propostos no projecto de estágio de intervenção comunitária foram atingidos;
- Facilitar o processo de auto-avaliação.
- Transmitir de maneira clara e concisa, a forma como decorreu este estágio.

O meu estágio teve também como objectivo, a aquisição das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem comunitária e de saúde pública, definidas pela Ordem dos Enfermeiros (decreto de lei nº 35- 18 de Fevereiro de 2011).

O Relatório encontra-se estruturado da seguinte forma: Introdução, Enquadramento teórico, contexto em estudo, intervenção comunitária, avaliação e conclusão.

1. ENQUADRAMENTO

1.1 O ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO A NÍVEL MUNDIAL E NACIONAL

O envelhecimento populacional é hoje, uma realidade nacional e mundial. Para Paúl os idosos atingem já os 20% da população em vários países e tornam-se uma franja poderosa das sociedades democráticas e uma preocupação social dos estados.” (Paúl, 2005: 21) Em Portugal, a população está a envelhecer e não é convenientemente renovada. Há cada vez menos jovens e mais idosos. Existem em Portugal cerca de 1 849 831 indivíduos com mais de 65 anos. (INE, 2008). Segundo a OMS, 22% da população portuguesa tem mais de 60 anos. (OMS, 2008)

O processo de envelhecimento populacional é claramente evidenciado em todas as nações do globo através da considerável inversão da pirâmide etária. O crescimento da longevidade humana tem ultrapassado muitas das expectativas traçadas para os países desenvolvidos. Este facto resulta do controlo da morbilidade e mortalidade, da melhoria de acesso aos cuidados de saúde, da evolução do conhecimento a nível da medicina, nomeadamente a nível das técnicas de diagnóstico, da farmacologia e do desenvolvimento socioeconómico. (Fernandes, 2007) A OMS estima que em 2050, o mundo terá 2 bilhões de idosos, o que corresponderá a aproximadamente 32% da população mundial. (Quedinho e Tavares, 2010)

A estrutura demográfica de Portugal, tal como dos estados membros da União Europeia caracteriza-se pelo envelhecimento da população. De acordo com Nazareth (1994) citada por Costa (2002:28), Portugal tal como outros estados da Europa, está incluído num conjunto de países que, sob o ponto de vista demográfico, são caracterizados por uma baixa fecundidade, uma baixa mortalidade e um movimento migratório que, no passado, foi acentuado. Cerca de 16% da população portuguesa possui idade igual ou superior a sessenta anos e em 2020 o número de idosos ascenderá aos cem mil de acordo com o Instituto Nacional de Estatística.

Segundo dados relativos às projecções do índice de envelhecimento divulgados pelo Eurostat, de um conjunto de 29 países europeus, Portugal deverá ser o sétimo país mais envelhecido em 2030, com cerca de 175 idosos por 100 jovens.

O estudo “O Envelhecimento em Portugal Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas” refere que o número de idosos aumentou consideravelmente e de forma desigual no nosso país. Em Portugal, as alterações na estrutura demográfica são evidenciadas na comparação das pirâmides de idades em 1960 e 2000. Entre 1960 e 2000 a proporção de jovens (0-14 anos) diminuiu de cerca de 37% para 30%. Segundo a hipótese média de projecção de população mundial das Nações Unidas, a proporção de jovens continuará a diminuir, para atingir os 21% do total da população em 2050.

Em Portugal são perceptíveis zonas de grande assimetria a nível socioeconómico, sendo desta forma, a zona interior muito envelhecida, a zona centro medianamente envelhecida e a zona litoral a menos envelhecida. (Costa et al, 1999)

A tomada de consciência do fenómeno do envelhecimento implica e motiva a sociedade para implementação de medidas em várias áreas, nomeadamente na saúde, na acção social, para que a terceira idade seja vivenciada e vista de forma mais positiva, no entanto Moniz refere ainda “o envelhecimento demográfico está longe de ser um assunto pacífico pelas implicações sociais, económicas e financeiras que o envolve”. (Moniz, 2003:41)

Envelhecer é um fenómeno relevante do séc. XXI nas sociedades desenvolvidas, devido às suas implicações a nível económico e social. Origina alterações a nível individual e em novos estilos de vida, colocando novos desafios às famílias, aos governos e a sociedade em geral. As pessoas vivem até mais tarde, com melhores condições de vida e com acesso a serviços de saúde de melhor qualidade, pelo que, neste contexto, o cenário futuro é o de um aumento da população idosa e um declínio da população mais jovem. (INE, 2008)

O envelhecimento assume desta forma, um papel determinante na sociedade, reflectido no desenvolvimento de políticas públicas direccionadas para o envelhecimento activo do idoso. Envelhecer representa um dos maiores triunfos da humanidade e também de um dos grandes desafios do século XXI. Segundo Quedinho & Tavares “A revolução da longevidade é comparável a outras grandes revoluções da história que transformaram todos os aspectos da vida no planeta.” (Quedinho & Tavares, 2010: 43)

O envelhecimento é um processo natural, de mudança gradual, a nível biológico, psicológico e social dos indivíduos, que se inicia segundo alguns, na concepção e progride ao longo da vida. O mesmo é definido por Poirier como “ um processo inelutável caracterizado

por um conjunto complexo de factores fisiológicos, psicológicos e sociais específicos de cada indivíduo.” (Poirier, 1995: 99)

Deste modo, o envelhecimento é um fenómeno biológico e psicológico, que envolve inúmeras variáveis que se inter-relacionam e actuam na forma como cada um de nós envelhece, caracterizando-se num processo insidioso e linear que se altera na forma e intensidade de pessoa para pessoa. O envelhecimento é um processo individualizado pois os ganhos e perdas divergem de pessoa para pessoa, de grupo para grupo. O envelhecimento envolve aspectos como a funcionalidade, a autonomia, a mobilidade e consequentemente condiciona a QV da população idosa. (Carvalho, 1999)

Falar de envelhecimento implica falar de pessoas idosas. Até determinada época, todas as pessoas com idade superior ou igual a 65 anos eram consideradas idosas. Uma das primeiras necessidades a ter em conta, quando se pretende estudar o fenómeno do envelhecimento é de carácter cronológico. Porém, torna-se pertinente interrogar se será possível estabelecer uma idade a partir da qual a pessoa se torna idosa, dada a complexidade do fenómeno. Surgem assim, diversos pressupostos em relação a diferentes grupos etários no último ciclo vital da vida.

Cabete (2005) designa idoso ou pessoa idosa, como o indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos de idade e muito idoso ou grande idoso, com idades superiores a 70 anos.

De acordo com a OMS, um idoso é uma pessoa com mais de 65 anos, independentemente do sexo ou do estado de saúde, no entanto, em países subdesenvolvidos atendendo a que a idade média de vida é baixa, consideramos idoso, o indivíduo com mais de 60 anos de idade.

O envelhecimento pode ser considerado um processo individual e colectivo, uma vez que cada ano de vida do indivíduo marca o envelhecimento, assim como o aumento da porção da população considerada idosa. O envelhecimento demográfico diz respeito ao aumento da proporção das pessoas idosas na população total. (Agree & Freedman, 2001)

Nesta perspectiva, Moura refere que o envelhecimento pode ser analisado sob duas grandes perspectivas: a demográfica e a individual. Individualmente o envelhecimento baseia-se na maior longevidade ou aumento da esperança média de vida. No entanto, o processo de envelhecimento não pode ser definido apenas por critérios cronológicos, mas sim segundo uma abordagem individualizada e holística, que decorre desde o nascer e ao qual se juntam alterações fisiológicas, psicológicas e comportamentais. (Moura, 2006)

Para Rosa (1993), citado por Almeida (1999: 65) o crescente relevo da parcela da população com 65 ou mais anos, consequente do envelhecimento demográfico, apresenta-se como uma característica deste final de século e uma herança para o século XXI. A nível

mundial assiste-se actualmente, ao aumento da população idosa e a um declínio da população jovem. O envelhecimento é uma certeza nova na história das populações, das sociedades industrializadas e as projecções indicam, com alguma certeza, que, no mundo civilizado a tendência para o envelhecimento é acentuada. (Fernandes, 1997)

Do ponto de vista histórico, o envelhecimento da população e o aumento da longevidade dos indivíduos são fenómenos novos que emergiram nas sociedades desenvolvidas. A questão do envelhecimento começou, assim, a levantar a preocupação dos poderes políticos, da sociedade e dos meios científicos.

Para Moura o envelhecimento advém “essencialmente da redução das taxas de natalidade e aumento da longevidade consequência do chamado baby-boom, que causou grandes desigualdades na dimensão dos grupos etários.” (Moura, 2006: 42)

O mesmo autor refere que a época entre 1974 e 1990 constitui o período do novo paradigma da velhice; momento em que o envelhecimento demográfico se começou a instalar incontestavelmente, entre os investigadores e as publicações. Os conhecimentos e interesses relacionados com a gerontologia assumem assim, particular importância, valorizando a velhice. Estratégias de envelhecimento saudável dirigidas aos idosos, apoiadas nos direitos e necessidades dos mesmos, devem ser uma prioridade.

O envelhecimento deve ser analisado multidimensionalmente e deverá representar uma ambição natural de todas as sociedades. À medida que estas desenvolvem esforços para prolongar a vida humana, o envelhecimento deve ser igualmente um desafio enquanto fenómeno social.

1.2 QUALIDADE DE VIDA/ ENVELHECIMENTO ACTIVO

A Qualidade de Vida é uma preocupação constante do ser humano. Diariamente somos confrontados com a expressão “qualidade de vida” em relação a todas as áreas do conhecimento humano. A mesma assume maior importância quando nos direccionamos para a terceira idade, pois o aumento crescente do número de idosos é hoje uma realidade mundial e nacional.

O envelhecimento não é exclusivo dos tempos modernos, porém, foi nos últimos tempos que se tornou num tema mais comum, ao qual se associou uma maior valorização científica. O

cuidado á saúde do idoso deve ser holístico, abrangendo as condições biológicas, psicológicas e as socioculturais, de forma a proporcionar uma melhor QV desses indivíduos.

As “Metas da Saúde para Todos” expressam que inerente ao aumento da esperança de vida e consequente aumento da população idosa, se deve verificar uma crescente e cada vez maior preocupação com a qualidade de vida dos indivíduos.

O envelhecimento é caracterizado como “um processo natural e universal, multidimensional, dinâmico, inevitável, irreversível, individualizado e variável, uma vez que as pessoas não envelhecem da mesma forma, nem no mesmo espaço temporal.” (Costa et al, 1999: 47)

O “envelhecimento normal” representa as alterações biológicas universais que ocorrem com a idade e que não são afectadas pela doença e pelas influências ambientais. (OMS, 2002)

O envelhecimento é um processo individual, cada pessoa envelhece à sua maneira, fruto da sua história e do seu projecto de vida, do meio onde está inserida e dos seus hábitos e costumes. Deste modo, transforma-se numa responsabilidade individual, ao longo da vida, tomar as medidas que garantam uma velhice, com qualidade. (Ramos, 2001)

Envelhecer significa crescer em anos, mas não significa que os indivíduos vivam experiências iguais, pois apesar de o tempo ser uma constante, a experiência diferencia-os. (Costa et al, 1999) Neste contexto, envelhecer depende do equilíbrio entre as limitações, potencialidades e ambiente onde o indivíduo se insere. A terceira idade assume-se como uma etapa marcada por limitações, que tendem a agravar-se com o tempo. Por outro lado, a terceira idade detém potencialidades únicas e distintas marcadas pelo tempo e experiências vividas, demonstradas através da maturidade, serenidade, experiência e perspectiva de vida pessoal e social, tornando-se numa fase de desenvolvimento humano repleta de significado.

O envelhecimento populacional tem vindo a assumir crescente e particular importância. Os idosos são entendidos como “um grupo populacional grande consumidor de cuidados de saúde, pelas vulnerabilidades inerentes ao processo de senescência e aos inadequados mecanismos de suporte existencial e social”. (Costa, 2002) Neste contexto, o envelhecimento populacional implica pensar no mesmo com uma atitude preventiva e promotora, através do envolvimento de múltiplos sectores.

Durante muitos anos a grande preocupação da investigação em saúde foi a longevidade. Hoje, para além da preocupação com a longevidade, há cada vez mais preocupação com a qualidade de vida. Associado ao envelhecimento surgem inerentes a morbilidade e a diminuição da Qualidade de vida. O conceito de QV surge muitas vezes associado ao conceito de saúde e nesta perspectiva Naughton & Shumaker (2003) citados por Canavarro (2010:9)

referem, que o mesmo deverá comportar dimensões primárias, que dizem respeito ao funcionamento físico, social e psicológico do indivíduo e à sua satisfação com a vida e percepção de saúde; e dimensões secundárias que devem incluir o funcionamento neuropsicológico, a produtividade pessoal, a intimidade e o funcionamento sexual, a qualidade do sono, a dor, a presença/ausência de sintomas e a espiritualidade.

Segundo o WHOQOL Group (1994) citado por OMS (1998) a QV é vista como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações”.

As “Metas da Saúde para Todos” preconizam vida mais longa e com mais saúde ou seja, que o ser humano tenha um envelhecimento saudável com consequente longevidade com qualidade. (OMS, 1998) Envelhecer saudavelmente, constitui hoje, um desafio de responsabilidade individual e da sociedade onde está o indivíduo está inserido, através da criação de recursos que possibilitem hábitos de vida promotores de saúde.

A promoção do envelhecimento, com qualidade, passa pela prevenção do envelhecimento patológico e da promoção de uma série de condições pessoais e sociais susceptíveis de promover o “envelhecimento com êxito” ou “activo”. (Fernández- Ballesteros, 2002)

Envelhecimento activo é definido pela OMS como o processo de optimização oportunidades para lutar pela saúde, pela participação activa na vida e pela segurança de que terá uma boa qualidade de vida, quando o ser humano envelhece. (OMS, 2002) O envelhecimento activo aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais e preconiza aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas a medida que envelhecem. Viver melhor na velhice é a meta a ser alcançada, para que o idoso seja visto como um recurso valioso para a sociedade e não como um fardo.

O envelhecimento activo, permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que essas pessoas participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades; ao mesmo tempo, propicia protecção, segurança e cuidados adequados, quando necessários.(OMS, 2002)

Em concordância com Costa é preciso “aceitar o envelhecimento, assumi-lo nas suas grandezas e misérias, viver com ele, é provavelmente a maior tarefa que o homem enfrenta.” (Costa et al, 1999: 50). A maior longevidade do ser humano e o consequentemente aumento do número de idosos não devem ser considerados um problema, mas sim uma conquista resultante do processo de envelhecimento social.

Neste contexto o programa nacional para a saúde das pessoas idosas preconiza que “Envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível constitui, assim, hoje um desafio à responsabilidade individual e colectiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países.” (Portugal, 2006: 5) Envelhecer poderá tornar-se numa experiência positiva, se a longevidade for acompanhada de oportunidades contínuas e equitativas de segurança, saúde e participação.

O mesmo programa aponta para os idosos que a manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global das pessoas idosas deve ser preferencialmente no seu domicílio e meio habitual de vida. (Portugal, 2004)

Viver melhor a terceira idade, com QV relaciona-se com aspectos de percepção de condições como capacidade de desempenhar tarefas diárias, aptidões em geral, entre outros aspectos da vida pessoal e familiar de cada indivíduo.

O conceito de QV reveste-se de subjectividade, pois o que pode trazer bem-estar para uns pode não ser assim para outros. Melhorar a forma de viver deste universo populacional é um meio de promoção da sua saúde. Desta forma para ter qualidade de vida é imprescindível ter saúde.

O conceito de saúde surge inevitavelmente associada ao de QV. A saúde assume um papel determinante da qualidade de vida, pelo forte impacto que exerce sobre a mesma. A percepção da qualidade de vida é subjectiva, sofre mutações, ao longo dos tempos, podendo ser significativamente alterada de um momento para outro, ao surgirem mudanças no estilo de vida, no estado de saúde, na relação interpessoal, familiar, conjugal e laboral.

Com o avançar da terceira idade, existe um risco acrescido de ocorrência de perdas devido a problemas de saúde com diminuição da autonomia, à reforma, com redução da capacidade económica e à viuvez, com diminuição de contactos sociais, reflectindo-se, negativamente, na percepção da satisfação de vida. (Paúl e Fonseca, 2005).

Viver a terceira idade de forma satisfatória significa que o indivíduo tenha saúde física e mental. Fonseca refere como variáveis intervenientes no envelhecimento com qualidade de vida: a capacidade de adaptação às perdas, a preservação dos estilos de vida saudáveis ao longo da vida, a manutenção da integridade física com autonomia e independência, o funcionamento e atitude mental positiva, a exposição a desafios, a estimulação cognitiva, a personalidade, o relacionamento sócio-familiar e a saúde. (Fonseca in Paúl e Fonseca, 2005)

A manutenção da saúde e autonomia na velhice é o horizonte a partir do qual se poderia enfrentar o paradoxo, sustentado pelo desejo corrente das pessoas de quererem viver mais, mas não quererem ser velhas. Tal possibilidade é também uma via de redução do impacto das

questões extremamente delicadas e complexas que envolvem a dependência do idoso e as dificuldades familiares e sociais para o cuidado. Por essas e outras motivações demográficas e sócio económicas, a promoção da saúde tem sido destacada no eixo das políticas contemporâneas na área do envelhecimento.

A arte de bem envelhecer apela a que, com o avançar da idade, as pessoas integrem as suas limitações na nova percepção de si próprias, modifiquem o seu estilo de vida, adaptando-o à sua nova situação, conservando uma atitude positiva acerca de todo o seu potencial, para continuarem a desenvolver-se e a crescer. (Berger, 1995) Implica adopção de estilos de vida saudáveis, ao longo da vida, com vista ao aumento da esperança de vida, da produtividade e da qualidade de vida na velhice.

A saúde percebida e auto-avaliada é um importante indicador do envelhecimento, que resultam da percepção que cada pessoa tem da sua condição de saúde e das suas capacidades biológicas e mentais, em função das expectativas individuais e sociais. (Paúl e Fonseca, 2005).

Um envelhecimento activo com qualidade de vida deverá preservar o potencial individual para o desenvolvimento, respeitando os limites de cada um.

1.3 FACTORES DETERMINANTES DA QUALIDADE DE VIDA/ ENVELHECIMENTO ACTIVO DO IDOSO

A actividade física é o elemento chave para um envelhecimento saudável, melhora a forma física e contribui para o bem-estar emocional do idoso. (Sorensen e Luckman, 1998: 301)

Para Poirier “ A saúde e o bem-estar do idoso depende da sua capacidade para se mover e mobilizar os membros.” (Poirier, 1995: 285)

Os benefícios da actividade física no organismo são indiscutíveis, “é essencial para a circulação sanguínea, circulação linfática e trocas celulares. Eleva as necessidades de oxigénio e nutrientes, promove a abertura dos vasos capilares...” (Stevens citado por Poirier, 1995: 288)

O exercício físico contribui de forma significativa para a diminuição nos custos para os serviços de saúde e sociais, pois aumenta e mantém a qualidade de vida e independência dos idosos. O Programa “Envelhecer com Sabedoria - Actividade Física para Manter a independência” apresenta recomendações para a prática de exercício físico, para que esta

ocorra da melhor forma e traga efectivamente benefícios para a saúde. A actividade física oferece benefícios em todas as idades e contribui para a qualidade de vida de todas as pessoas. “A prática regular de actividade física moderada pode aumentar a esperança média de vida de 3 a 5 anos”. (Portugal, 2008:2)

Para um envelhecimento saudável é importante melhorar e manter a qualidade de vida e a independência, podendo a actividade física pode trazer inúmeros benefícios, ainda que a sua prática se inicie em idade avançada.

A actividade física nas pessoas idosas melhora o seu equilíbrio, a força muscular, a coordenação, a flexibilidade, a resistência, o controlo motor, as funções cognitivas e a saúde mental, para além dos benefícios relacionados com a prevenção de doenças crónicas. Favorece ainda a interacção social, reduz sentimentos de solidão e exclusão social e aumenta a auto-estima e a auto-confiança. (Portugal, 2008)

A importância da actividade física como factor interveniente na melhoria da qualidade de vida dos idosos é hoje em dia consensual na literatura, devido aos efeitos positivos que exerce no organismo.

A prática de actividade física é indispensável para todos, no entanto, de todos os grupos etários, os idosos são os que mais beneficiam com a prática de exercício. O risco de muitas doenças e problemas de saúde habituais na velhice diminui com a prática de actividade física regular.

O sedentarismo é um potencial colaborador no que diz respeito a graves limitações, por isso é considerado uma doença entre os idosos, desta forma, a actividade física deve ser considerada um importante agente na promoção do envelhecimento saudável e na racionalização dos recursos da sociedade. A adopção de um estilo de vida activo ou o envolvimento em programas de actividade física regular contribuem para a prevenção e minimização dos efeitos do envelhecimento.

O estilo de vida saudável tem sido associado ao hábito de prática de actividade física e, consequentemente, a melhores níveis de saúde e qualidade de vida. O conceito de QV surge associado á saúde e á realização das actividades de vida diárias aos diferentes níveis físico, psicológico e social. Um estilo de vida saudável surge assim associado á prática de actividades físicas regulares, sejam elas realizadas no âmbito da locomoção, do lazer, do trabalho, das actividades domésticas e tem como resultado, melhores padrões qualidade de vida e de saúde.

Segundo Sorensen e Luckman “a actividade psicológica e mental é também vital para o bem-estar dos idosos. Cursos de arte, artesanato, educação, jogos e cuidar de animais podem

ser actividades terapêuticas que ajudam o idoso a manter-se activo. “ (Sorensen & Luckman, 1998: 301)

Caminhadas e sessões organizadas de exercício físico, adequadas a cada idoso, permitem o convívio social, reduzindo sentimentos de solidão ou de exclusão social. Assim os benefícios da actividade física não são apenas físicos, contribuindo igualmente para um equilíbrio emocional e social do indivíduo. Os programas de actividade física contribuem expressivamente para maior QV dos idosos, permitem o envolvimento social através do estímulo positivo nos aspectos físicos e consequentemente em maior autonomia, prolongamento do tempo da vida activa e independência do idoso.

Os efeitos da actividade física na qualidade de vida do idoso são indiscutíveis. Neste contexto, a actividade física deve ser genericamente estimulada nos grupos etários mais avançados. A fomentação da mesma deve ser feita através da realização de tarefas quotidianas, de programas de exercício físico regular e sempre adaptada às condições físicas, sociais e intelectuais de cada idoso.

Na dimensão psicológica, a actividade física actua na melhoria da auto-estima, do auto-conceito, da imagem corporal, das funções cognitivas e de socialização, na diminuição do stress, da ansiedade e na diminuição do consumo de medicamentos. (Oliveira, 2005) Uma vida activa melhora a saúde mental e frequentemente promove contactos sociais.

Sorensen e Luckman referem “o aumento dos níveis de actividade física tem sido associados com uma redução na incidência de doenças crónicas, tais como doenças cardíacas, cancro, diabetes e depressão.” (Sorensen & Luckman, 1998: 300)

Segundo vários estudos citados por Paulo, ao aumento da actividade física está associada à redução da incidência de doenças coronárias (Powell *et al.*, 1987), hipertensão (Palfenbarguer Jr. *et al.*, 1983) diabetes mellitus (Frish *et al.*, 1986), cancro do cólon (Kohl *et al.*, 1986), depressão e ansiedade (Taylor *et al.* 1986), entre outros. Complementarmente, o aumento da actividade física contribui para o aumento do conteúdo mineral ósseo (Cummings *et al.*, 1985), reduz o risco de fracturas osteoporóticas (Cooper *et al.*, 1988), ajuda a manter o peso corporal adequado (Blair *et al.*, 1985), e aumenta a longevidade (PalfenBarguer Jr. *et al.*, 1986). (Paulo, 2010)

Segundo Guedes e Guedes (1995), a prática de exercícios físicos habituais, além de promover a saúde, influencia na reabilitação de determinadas patologias associadas ao aumento dos índices de morbilidade e da mortalidade. (Guedes & Guedes, 1995)

Embora o tratamento mais comum para o tratamento da dor seja a farmacoterapia, Caldas citado por Machado et al (2008) afirma que a actividade física oferece uma gama de

benefícios no processo do envelhecimento, tais como: “o aumento da flexibilidade e da amplitude dos movimentos, aumento da massa muscular e a diminuição da gordura corporal, melhora o sono, controla a ansiedade e a depressão, melhora a circulação local e a nutrição dos músculos, reduz a perda óssea, melhora a capacidade cardiorespiratória e as dores articulares relacionadas com a má postura.” (Machado et al, 2008: 48)

A actividade pode ajudar pessoas idosas a ficarem independentes o máximo possível, pelo período de tempo mais longo. Além disso, pode reduzir o risco de quedas. A prática de actividade física actua como forma de prevenção e reabilitação da saúde do idoso, fortalecendo elementos da aptidão física como a resistência, o equilíbrio, a flexibilidade e a força. Esta melhoria está associada à independência e à autonomia do idoso, permitindo manter, por mais tempo, a capacidade de execução das actividades de vida diárias, tanto físicas, quanto instrumentais.

Algumas capacidades, nomeadamente a força desempenham um papel vital como mecanismos protectores das quedas, prevenindo lesões, as quais representam um grande problema de saúde pública. Existem assim, importantes benefícios económicos quando os idosos são fisicamente activos. Os custos médicos são significativamente menores para as pessoas idosas activas.

O processo de envelhecimento é caracterizado por um declínio gradual das funções dos vários sistemas do corpo, excluindo alterações provocadas por eventuais doenças, no entanto podemos prevenir ou minimizar os efeitos do mesmo através das medidas gerais de saúde onde se inclui a actividade física. A actividade física é um factor de prevenção de diversas doenças associadas à inactividade física. (Lopes e Maia, 2003)

O Plano Nacional de Prevenção Integrada sobre Determinantes de Saúde relacionados com os Estilos de Vida insere-se no PNS e contempla na sua abordagem determinantes de saúde como: consumo de tabaco, alimentação, consumo de álcool, alertando para a importância de intervir nas mesmas. Este não abrange apenas as pessoas idosas, no entanto é possível considerar o mesmo como uma mais-valia para um processo de envelhecimento activo.

A finalidade deste plano é “(...) contribuir para a obtenção de ganhos em saúde e qualidade de vida, através da redução da morbilidade e da mortalidade prematura por doenças não transmissíveis, designadamente doenças cardiovasculares, cancro, diabetes mellitus tipo 2, obesidade, osteoporose, depressão e doenças respiratórias crónicas” (Ministério da Saúde, 2003:4). E ao mesmo tempo “(...) contribuir para a redução dos custos económicos,

individuais e sociais decorrentes do tratamento das doenças crónicas não transmissíveis” (Ministério da Saúde, 2003:4).

De forma a atingir a finalidade supracitada foi definido como objectivo geral “reduzir a prevalência de factores de risco de doenças crónicas não transmissíveis e aumentar a prevalência de factores de protecção, relacionados com os estilos de vida, através de uma abordagem integrada e intersectorial” (Ministério da Saúde, 2003:4).

O mesmo plano alerta ainda para o facto das doenças crónicas não transmissíveis constituírem, hoje, a principal causa de morbilidade e mortalidade nas sociedades desenvolvida. Estas doenças não transmissíveis e de evolução prolongada, resultantes de hábitos de vida, têm um percurso insidioso que tende para a cronicidade e incapacitação, muitas vezes permanente, e perda de qualidade de vida, com expressão muito significativa no consumo de serviços de saúde e com enormes custos individuais e familiares.

De facto, muitas doenças e acidentes não são fatais, mas podem causar deficiência e incapacidade, com consequências psicológicas não tanto ligadas à idade, mas à fragilidade, insegurança e, portanto, perda de autonomia e independência que acarretam. Sabe-se, no entanto, que grande parte das complicações destas doenças, pode não apenas ser retardada no seu aparecimento, como minoradas.

Mudar estilos de vida, mesmo na velhice, pode beneficiar a saúde e QV. Berger salienta que “A alimentação equilibrada ocupa um lugar importante na aquisição de hábitos de vida são e é, para todos os grupos etários, um dos principais factores para a manutenção da saúde”. (Berger, 1995: 215) De facto, a saúde e a longevidade estão intimamente ligadas aos hábitos alimentares. O plano Envelhecer com sabedoria - Alimente-se melhor para Manter a sua Saúde e Independência alerta para este facto.

Uma boa alimentação é importante em qualquer etapa da vida, na medida em que, os nutrientes provenientes dos alimentos promovem o fortalecimento e manutenção dos ossos e músculos, fornecendo energia ao corpo.

Manter uma dieta adequada ajuda a reduzir o risco de doenças (como diabetes, obesidade, desnutrição, doenças cardíacas, hipertensão, osteoporose e alguns tipos de cancro) e pode melhorar a qualidade de vida nas pessoas que sofrem de doenças crónicas. (Portugal, 2008)

Podemos dizer que “uma alimentação saudável contribui para uma maior qualidade de vida, ajudando as pessoas idosas a manter a sua independência e autonomia” (Portugal, 2008:4)

Modificar os hábitos de dieta, perdendo peso e reduzindo ingestão de sal e açúcar pode ajudar a manter, sob controlo, doenças crónicas como a HTA e diabetes, e reduzir o risco de

contrair outras. A manutenção do estado de nutrição adequado no idoso deve ser feita através de informação relativa as necessidades de alimentação e hidratação e recursos disponíveis para a satisfação das mesmas, para que os idosos optem por hábitos alimentares saudáveis e eliminem factores de risco.

Intervir a nível dos problemas principais problemas de alimentação, aconselhando em todas as idades uma dieta saudável, especialmente a velhice, onde problemas como desnutrição no idoso e consumo excessivo de calorias, torna-se fundamental. Preconiza-se uma dieta mediterrânea. (Paúl & Fonseca, 2005)

O estado nutricional do idoso pode ser influenciado por inúmeros factores, nomeadamente físicos, psíquicos, económicos, laborais ou socioculturais. Destes, há a salientar, nas pessoas idosas alterações sensoriais: a diminuição do paladar, do olfacto; diminuição do apetite, erros alimentares, dificuldade de deslocação para fazer compras ou preparar os alimentos, falta de motivação, por isolamento social, problemas de mastigação, por falta de dentes ou por desajuste da prótese dentária e falta de recursos financeiros.

Nos idosos, a desnutrição pode ser causada pelo acesso limitado a alimentos, dificuldades socioeconómicas, falta de informação e conhecimento sobre nutrição, escolhas erradas de alimentos, como alimentos ricos em gorduras, doenças e uso de medicamentos, perda de dentes, isolamento social, deficiências cognitivas ou físicas que inibem a capacidade de comprar comida e prepará-la, situações de emergência e falta de actividade física.

O consumo excessivo de calorias aumenta muito o risco de obesidade, doenças crónicas e deficiências durante o processo de envelhecimento. Dietas ricas em gorduras e sal, pobres em frutas e legumes/verduras que suprem uma quantidade insuficiente de fibras e vitaminas, combinadas ao sedentarismo, são os maiores factores de risco de problemas crónicos, como diabetes, doenças cardiovasculares, HTA, obesidade, artrite e alguns tipos de cancro.

O cálcio e a vitamina D em quantidade insuficiente estão associados à perda na densidade óssea durante a velhice e consequentemente, a aumento de fracturas que causam dor, têm custo elevado e debilitam, em especial as mulheres idosas. Em populações com uma alta incidência de fracturas, pode-se reduzir os riscos através do consumo adequado de cálcio e vitamina D.

A ingestão de bebidas alcoólicas é outro problema que acompanha o processo de envelhecimento e que pode trazer efeitos nefastos para o mesmo. As mudanças de metabolismo que acompanham o processo de envelhecimento aumentam a susceptibilidade dos mais velhos a doenças relacionadas ao álcool, como desnutrição e doenças do pâncreas, estômago e fígado.

As pessoas idosas apresentam maior risco de lesões e quedas devido ao consumo de álcool, assim como riscos potenciais associados à mistura do álcool com medicamentos.

A informação sobre as doenças crónicas e principais factores implicados no seu aparecimento é de extrema importância para a capacitação das pessoas idosas para lidarem com a sua evolução e para a prevenção do aparecimento das suas complicações. É imperativo reduzir os factores capazes de gerar incapacidades no idoso, uma vez que o resultado do aumento dos anos de esperança de vida significa o prolongamento do período de incapacidade que frequentemente precede a morte.

A necessidade de segurança torna-se complexa na medida em que apresenta vários aspectos “estabilidade, dependência, protecção, ausência de medos, ansiedade e desordem, existência de estruturas, ordem, limites, leis e meios de protecção”. (Berger, 1995: 380).

Em Portugal são vários os programas delineados pelo ministério da saúde, direccionados para a segurança das pessoas idosas. Segundo Berger “Em cada ano, um terço das pessoas de mais 65 anos que vivem nas suas casas são vítimas de uma queda e destas, uma em cada quarenta tem que ser hospitalizada”. (Berger, 1995: 392)

De acordo com o programa “Prevenção dos acidentes domésticos com pessoas idosas” e através da análise dos dados do relatório publicado, relativo ao ano 2005, verificamos que 15% dos acidentes ocorreram em pessoas com mais de 65 anos, os quais foram três vezes mais frequentes nas mulheres do que nos homens. (DGS, 2008).

Segundo as mesmas fontes, a principal causa de lesão foi a queda, apresentando uma frequência de 76% entre os 65-74 anos e de 90% no grupo etário com mais de 75 anos. As lesões da mesma gravidade representam um grau mais elevado de incapacidade para os idosos, quando comparados com indivíduos mais jovens. Para além disso, nos idosos as lesões levam a um período de internamento e reabilitação mais longo, assim como maior risco de dependência posterior e de morte.

As consequências mais frequentes dessas lesões foram concussões, contusões e hematomas (DGS, 2008). Na origem destas lesões salientam-se factores como “Os factores ambientais são responsáveis em 50% de todas as quedas: degraus partidos, passeios escorregadios, iluminação insuficiente, tapetes mal fixados (...) roupas muito compridas, sapatos escorregadios (...) uso excessivo de medicamentos.” (Berger, 1995: 392)

Assim, este plano pretende traçar estratégias de forma a minimizar os riscos destas ocorrências no domicílio, melhorar a qualidade de vida e reduzir os gastos dos serviços de saúde devido a lesões nesta faixa etária.

Muitas destas ocorrências podem ser prevenidas fazendo pequenas adaptações na casa e no estilo de vida, promovendo assim a segurança, e consequente melhoria da qualidade de vida, das pessoas idosas.

No contexto das patologias crónicas, que afectam as pessoas idosas, há habitualmente uma desvalorização das deficiências visuais e auditivas, no entanto, estas têm uma importante repercussão negativa especialmente no que concerne á segurança. Para Lane citado por Berger “ A perda das capacidades funcionais e a dependência são as experiências mais negativas e mais ameaçadoras para a segurança dos idosos.” (Berger, 1995: 384)

Em concordância com o anteriormente referido, Sorensen e Luckman referem “As deficiências sensoriais tais como visão periférica reduzida, uma percepção profunda alterada, má audição, olfacto e paladar diminuídos, redução das sensações tácteis e tempo de reacção e resposta mais lento, contribuem para quedas, queimaduras, intoxicações alimentares e outros acidentes.” (Sorensen & Luckman, 1998: 303)

A necessidade de segurança liga-se a diversos aspectos relacionados com o meio. Muitas vezes o ambiente físico e psicossocial não corresponde às necessidades dos idosos, criando limites e factores de risco para a segurança dos mesmos. A DGS criou outro programa designado “O Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas” (PCHI). Este programa refere-se à “(...) qualificação das habitações com o objectivo de melhorar as condições básicas de habitabilidade e mobilidade das pessoas idosas que usufruam de serviços de apoio domiciliário, de forma a prevenir e evitar a institucionalização”. (ISS, 2010: 4)

Resulta do estabelecimento de uma parceria activa através da constituição de protocolos entre a Segurança Social e os Municípios onde os idosos residem. Os idosos que podem usufruir deste programa, tem que residir nos distritos de Castelo Branco, Guarda, Portalegre e Vila Real.

Condições de habitação e vizinhança seguras e apropriadas desempenham um papel essencial no que se refere á segurança do idoso e ao seu bem-estar. Os modelos de construção devem levar em conta as necessidades de saúde e de segurança das pessoas idosas.

Informar os idosos relativamente a factores intervenientes na sua segurança e na repercussão que os mesmos têm na sua saúde e bem-estar é fundamental para aumentar a segurança do idoso e prevenir a sua integridade física e mental.

Ainda direccionado para a segurança dos idosos foi criado outro programa designado “Programa Apoio 65 – Idosos em segurança”. Este programa é uma iniciativa do Ministério da Administração Interna que visa: Garantir as condições de segurança e a tranquilidade das

peessoas idosas e ajudar a prevenir e a evitar situações de risco (Polícia de Segurança Pública, sd. ed).

O isolamento do idoso representa cada vez mais uma realidade. Diariamente somos confrontados com o problema do isolamento dos idosos através dos meios de comunicação. Para este facto, acarretam factores como a localização, incluindo a proximidade de membros da família, serviços e transporte. Estes factores podem significar a diferença entre uma interacção social positiva e o isolamento.

Este programa é assegurado por agentes da autoridade policial treinados para dar o apoio e os conselhos úteis aos idosos de forma a melhorar a sua segurança.

No caso específico das grandes cidades, a PSP possui viaturas específicas para este tipo de apoio, deslocando-se a casa dos idosos, quando necessário.

Para os idosos que vivam em situação de isolamento, poderá ser efectuada a instalação de telefone, para facilitar o contacto entre eles e os agentes policiais.

O programa “ Envelhecimento Saudável” representa um plano que alerta para alguns aspectos relacionados com a prevenção das doenças mais comuns das pessoas idosas, focando também o consumo de medicação. Através da elaboração do diagnóstico de saúde podemos detectar que existe um número significado de idosos que tomam regularmente medicamentos (Anexo VIII). De facto, à medida que se avança na idade, a tendência para o aparecimento de perturbações de saúde aumenta, o que leva as pessoas a consumirem um elevado número e variedade de medicamentos, inclusive por auto medicação. Neste contexto a segurança dos idosos pode estar mais uma vez posta em causa. Os idosos consumidores de medicação em excesso, quer por prescrição medica ou por iniciativa própria, põem em risco a sua segurança, por estarem mais propensas a efeitos iatrogénicos, relacionados com os fármacos, do que os outros grupos etários (Malcate, 2003).

As pessoas idosas apresentam maior probabilidade de perder parentes e amigos, de ser mais vulneráveis à solidão, isolamento social e de ter um grupo social mais restrito. Assim, o isolamento social e a solidão na velhice estão aliados a um declínio de saúde tanto física como mental. A solidão representa um dos aspectos, mais susceptíveis de interferir significativamente com a saúde e segurança das pessoas de idade avançada. (Santos, 2009) Blazer (1992) salienta que nos idosos, o aparecimento de sentimentos de perda de identidade, culpabilidade e angústia pelo que fizeram e pelo que poderiam ter feito tornam-se frequentes. Podem surgir sentimentos graves e de negação da própria vida.

Em concordância Fontaine (2000) descreve a velhice como uma etapa da vida capaz de provocar depressão, sensibilidade às doenças e regressão. Quando não há um processo de

adaptação a novas situações vividas, aparecem processos de somatização que podem transformar-se em problemas físicos graves, como a hipertensão arterial, diabetes, enfartes do miocárdio, etc.

A solidão e a depressão são comuns quando se fala em terceira idade. A solidão está relacionada ao facto de que, na maioria das vezes, os idosos não podem subsistir por si próprios (regressam a uma etapa quase infantil de dependência) e, infelizmente, muitas vezes tem a realidade de não contarem com alguém que lhes ofereça o carinho que necessitam. Dependendo do grau desta situação, o indivíduo idoso pode entrar numa depressão muito severa e caminhar para morte. A solidão acompanhada da inactividade e das perdas de entes queridos está entre as principais causas de depressão na terceira idade, que hoje é a principal doença mental.

Intervir a nível da depressão e isolamento assume pelos motivos acima descritos extrema importância. Este aspecto deve assim ser trabalhado pelo enfermeiro, para que o idoso se sinta útil, com sentido de pertença a grupos de trabalho e lazer. Satisfação pelo desafio e sucesso são princípios que concorrem para o bem-estar do idoso e sua saúde. De facto os idosos que se mantêm activos, desempenhando papéis de responsabilidade, mantendo contactos com redes sociais, são menos invadidos por sentimentos negativos.

Para a solidão do idoso concorrem factores como o rompimento de laços pessoais, solidão e interacções conflituosas, as quais são muitas vezes fontes de stress, angústia e tristeza. Por outro lado a manutenção de laços familiares e sociais promovem o convívio social e são fontes vitais de força emocional. Para este facto concorrem aspectos referenciados como praticar actividades físicas, manterem-se mais saudáveis; ter amigos, fazer cursos, trabalhos, passeios e viagens. Os idosos que se mantêm mais actualizados e felizes; continuam com curiosidade e com vontade de aprender.

A participação activa a nível físico e intelectual na comunidade em que o idoso se insere é fundamental. O facto de não estarem empenhados em nenhuma tarefa ou actividade e estarem “esquecidos” na sociedade faz com que muitos idosos se sintam inúteis. Para conseguir ultrapassar este sentimento e permanecer com os papéis sociais significativos ao longo de toda a vida é necessário, em primeiro lugar, perceber que a pessoa idosa pode assumir novos papéis e padrões de conduta, em vez de associar a conceitos negativos, que muitas vezes lhe são atribuídos. Temos que pôr de lado a imagem do idoso como um indivíduo frágil, doente e pouco capaz “substituindo-a por outra mais actual, de recursos, capacidade e disponibilidade” (Cabral-Pinto et al, 2006: 141)

A família representa um importante pilar no processo de envelhecimento, constituindo um ambiente colaborador na recuperação de processos patológicos e na compreensão dos problemas físicos e mentais. Neste sentido deve representar uma ajuda no sentido de ajudar o idoso a sentir-se útil, apesar das suas limitações, próprias da terceira idade. O idoso deve ser valorizado não só pela família, mas também pela comunidade onde se insere. Esta valorização e integração são feitas através do reforço das suas qualidades, da participação em actividades lúdicas e produtivas, que façam o idoso sentir-se útil.

Tendo em conta os efeitos nefastos do isolamento no idoso, através de uma acção multisectorial deverão ser colocados ao dispor idosas oportunidades para desenvolver o contacto social como voluntariado, ajuda da vizinhança, grupos comunitários, programas que promovam a interação entre gerações.

A dor crónica pode representar outro factor desencadeante de ansiedade e depressão no idoso. A mesma interfere a vários níveis da vida da pessoa e impossibilita-a de realizar tarefas simples, tanto domésticas como sociais, contribuindo para o seu isolamento. Segundo Pimenta & Campedelli (1993) citados por Machado “A dor traz o isolamento social, o que pode agravar o quadro doloroso, pois o idoso passa a concentrar-se unicamente nela, sendo necessário o alívio para que possa melhorar sua alimentação, seu sono, integrar-se ao ambiente, executar tarefas, distrair-se, sentir-se útil e melhorar seu bem-estar”. (Machado, 2008: 47). Desta forma, intervir no alívio da dor deve ser uma prioridade, quando se pretende evitar ou minimizar sentimentos de negativismo no idoso.

Níveis elevados de educação melhoram a saúde, através do desenvolvimento de capacidades e de informação que condicionam a concepção de saúde, as crenças e valores acerca da prioridade de saúde o pensar e agir, na procura dos cuidados inerentes. (Paúl e Fonseca, 2005)

Uma das funções dos serviços de saúde pública é garantir a segurança dos seus utilizadores, através do acesso e fornecimento de cuidados que respondam à satisfação das necessidades identificadas, sentidas e expressas pelas populações (Lancaster e Stanhope, 1999)

Neste sentido, uma especial atenção deve ser dada às pessoas idosas, intervindo nos problemas reais detectados e expressos pelas mesmas, contribuindo para que atinjam melhores níveis de saúde e maior qualidade de vida.

1.4 PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE/ MODELO NOLA PENDER

As questões de saúde relacionadas com o envelhecimento têm crescido nas últimas décadas, devido ao envelhecimento da população que se tem verificado a nível mundial, sem precedente na história. O aumento da expectativa de vida poderá ser entendido como preciosa conquista humana e social, se a longevidade com qualidade de vida for a meta a alcançar.

A longevidade com qualidade de vida é um ideal concorrente aliado á promoção da saúde. Uma idéia antiga na saúde pública que têm vindo a adquirir cada vez mais importância, como estratégia ampla e apropriada para enfrentar os problemas de saúde do mundo contemporâneo. (Terris citado por Assis: 2004) Viver mais e bem é uma aspiração intimamente relacionado à saúde. Desta forma a temática da promoção da saúde coloca-se hoje direccionada para o idoso e para a população em geral. O conceito de promoção da saúde surge como modelo para as políticas públicas no sentido de expandir o foco de atenção para dimensões positivas da saúde, além do controle de doenças.

O plano nacional para a saúde das pessoas idosas remete-nos para a necessidade de reflectir, na preocupação da prevenção, autonomia, independência e promoção da saúde dos idosos. (Portugal, 2004) De facto com o passar dos anos, há um aumento da mortalidade resultante do aumento das doenças associadas ao fenómeno.

Inerente ao envelhecimento estão uma diversidade de alterações estruturais e funcionais que ocorrem nos indivíduos, são próprias do processo de envelhecimento normal, mas podem variar de acordo com as características individuais de cada um. Desta forma, para se trabalhar com o envelhecimento o enfoque deve ser forçosamente holístico. A promoção da saúde e a prevenção de doenças dos idosos deve ter em consideração uma abordagem biológica, psicológica e sociocultural, sem esquecer o ambiente que rodeia o mesmo.

O aumento da população idosa implica assim estratégias de sustentação social que promovam um envelhecimento saudável com a participação de múltiplos sectores da sociedade. Neste sentido, o ministério do trabalho e da solidariedade citado por Moura refere: “Envelhecer com saúde, autonomia, e independência afigura presentemente, um desafio para todos, sendo que a promoção do envelhecimento saudável diz respeito a diferentes sectores, designadamente á saúde, segurança social e educação.” (Moura, 2006: 45)

Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas

necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde deve ser entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida.

A promoção da saúde conduz assim a mudanças nos determinantes da saúde e á importância de um envelhecimento saudável, com qualidade de vida. A OMS reporta

“a promoção da saúde enquanto processo constituído que afirma às populações os meios necessários para assegurar um maior controlo sobre a sua própria saúde, representando um processo global, que não só compreende as acções que visam reforçar as aptidões e capacidades dos indivíduos, mas também as medidas que visam alterar a situação social, ambiental e económica de modo a reduzir os seus efeitos negativos sobre a saúde publica e sobre a saúde das pessoas (...)” (OMS,1986).

A OMS define a promoção da saúde como “ o aumento dos indivíduos para controlarem a sua saúde” e descreve-a como “ um processo que visa tornar a pessoa apta a assumir o controlo e a responsabilidade da sua saúde”, o que a coloca ao lado com outro conceito chave: o empoderamento comunitário.

Varias discussões relativas à promoção da saúde, foram suscitadas nas conferências internacionais de promoção da saúde: Ottawa, Adelaide, Sundsvall, Bogotá, Jacarta. (Laverack, 2008).

Dos temas abordados nas diferentes conferências direccionadas para a pessoa idosa, Santos menciona que se salientaram:

“Educação sobre os principais problemas de saúde e sobre métodos de prevenção; promoção do suprimento de alimentos e uma nutrição adequada; abastecimento de água potável e saneamento básico apropriados; imunização contra as principais doenças infecciosas; prevenção e controle de doenças endémicas; tratamento apropriado das doenças comuns e das consequências de acidentes; disponibilidade de medicamentos essenciais; além de recursos sociais como grupos de convivência, universidades abertas à terceira idade e o despertar para a atenção às capacidades físicas das pessoas idosas saudáveis ou fragilizadas.” (Santos, 2008: 650)

A promoção de saúde, foi definida na Carta de Ottawa, como o processo de capacitar indivíduos e comunidades a identificarem e realizarem as suas aspirações, a satisfazerem as suas necessidades, a adaptarem-se ou a modificarem o meio, a controlarem e a melhorarem a saúde, através da adopção de estilos de vida saudáveis e da acção coordenada dos sectores da saúde, sociais, económicos, governamentais e ambientais. (OMS, 1986).

As actividades de promoção da saúde passaram a ser amplamente estimuladas, visando o bem-estar do indivíduo, família ou grupo e tendo como objectivo estimular a utilização de habilidades e conhecimentos das pessoas, através de comportamentos continuados, integrados no quotidiano das mesmas.

Mais do que uma actividade, a promoção da saúde é uma estratégia bem definida que, através de programas educacionais visa melhorar estilos de vida individuais, influenciando as escolhas pessoais realizadas em determinado contexto social. Cada vez mais o

envelhecimento deve ser encarado com uma atitude promotora e preventiva. Neste sentido, o PNSPI (2004) aponta como objectivos:

- Promover um Envelhecimento Activo, ao longo de toda a vida;
- Maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas;
- Promover e desenvolver intersectorialmente ambientes capacitadoras da autonomia e independência das pessoas idosas.

Em conformidade com PNSPI, através da promoção da saúde, os indivíduos/comunidades devem realizar acções para a sua saúde através da colaboração dos recursos comunitários postos ao seu serviço. A promoção da saúde, permite às pessoas encontrarem melhores formas de envelhecer e de valorizarem o lado positivo da velhice.

O Enfermeiro desempenha um papel fundamental ajudando o idoso a alcançar melhores níveis de saúde. Em concordância com Sorensen e Luckman “as actividades de promoção e protecção da saúde levam a que os enfermeiros se envolvam cada vez mais nesse mundo mais alargado que afecta a saúde dos indivíduos.” (Sorensen & luckman, 1998: 431)

A promoção da saúde deve incidir num conjunto de factores fundamentalmente ligados aos estilos de vida individuais que muitas vezes são a causa das doenças crónicas não transmissíveis, constituindo hoje, a principal causa de morbilidade e mortalidade nas sociedades desenvolvidas.

Estilos de vida são definidos por Castilho como “ expressão habitual para referir a forma como uma pessoa ou mesmo grupo de pessoas compreendem a vida e a experimentam viver através de comportamentos, expressos sob a forma de hábitos, rotinas ou formas de vida adaptadas ao dia-a-dia e padrões de consumo.” (Castilho, 2010: 34) As opções individuais constituem assim uma questão fundamental na origem da saúde individual e colectiva.

O PNSPI menciona como principais factores implicados na origem das doenças crónicas não transmissíveis: o consumo de tabaco, os erros alimentares, a obesidade, o consumo excessivo de álcool, a inactividade física e a má gestão do stress. O mesmo plano salienta ainda que “intervir sobre estes determinantes surge como uma estratégia de saúde fundamental que permitirá obter, a médio prazo, ganhos significativos em termos de redução da prevalência de doenças crónicas, e dos custos económicos individuais e sociais que lhe estão associados.” (Portugal; 2004)

A promoção da saúde deve ter em conta que cada pessoa é um indivíduo diferente, possuidor de necessidades e potencialidades fruto do seu passado e presente e todo o

envolvente social, nomeadamente, cônjuge, filhos, netos e outros familiares, amigos e conhecidos, assim como das suas expectativas futuras. A promoção da saúde “é uma intervenção conjunta e integrada sobre o indivíduo e o meio envolvente em que em nasce, cresce, vive, respira, trabalha, consome e se relaciona” (Graça, 2000: 77) Ao longo deste processo, há que ter sempre presente que cada pessoa/grupo é o sujeito do seu próprio desenvolvimento, o qual se desencadeia pela mobilização das motivações e das múltiplas potencialidades pessoais, em torno da sua realidade sócio-cultural (Navarro, 1995).

Segundo Pender 1987 citada por Bastos, há que consciencializar que as pessoas adoptam os comportamentos saudáveis que acreditam e aceitam, como relevantes para si, atendendo ao seu contexto social. (Bastos, 2000)

A adopção de estilos de vida saudáveis e participação activa no cuidado da própria saúde são importantes em todos os estágios da vida. Um dos mitos do envelhecimento é que é tarde demais para se adoptar esses estilos nos últimos anos de vida. No entanto, esta comprovado o contrário, o envolvimento em actividades físicas adequadas, alimentação saudável, a abstinência do fumo e do álcool e fazer uso de medicamentos sabiamente podem prevenir doenças e o declínio funcional, aumentar a longevidade e a qualidade de vida do indivíduo.

A Educação pode fazer parte da vida do idoso permitindo-o manter-se activo e compensando os papéis sociais que com a idade foram ficando para trás, influenciando positivamente na sua qualidade de vida. A promoção da saúde subentende o desenvolvimento social e pessoal através da educação para a saúde, aumento da informação e fortalecimento das aptidões que apontem para uma vida saudável. Através da promoção da saúde o indivíduo e a comunidade ficam habilitadas para controlar a sua saúde e ambiente e para optar escolhas que levem a um melhor estado de saúde. A educação para a saúde deve estar presente ao longo de toda a vida, de forma a capacitar as pessoas para alcançar melhores níveis de saúde e para melhor enfrentarem as doenças incapacitantes e crónicas.

O termo promoção da saúde tem vindo a ser cada vez mais utilizado pelos profissionais de saúde, sendo crescente a participação dos enfermeiros em actividades de promoção da saúde. Para Victor, Lopes e Ximenes “ a utilização de modelos e teorias no campo da promoção da saúde, pode facilitar na compreensão dos determinantes de saúde, orientar nas soluções que respondam às necessidades e interesses das pessoas envolvidas”. (Victor, Lopes & Ximenes, 2005: 236) Neste contexto, torna-se possível atingir objectivos de promoção da saúde e prevenção de doenças através da promoção do conhecimento, reflexão e decisão no ato de cuidar e agir.

Dentre os modelos e teorias de enfermagem que podem ser aplicados para desenvolver cuidados de enfermagem no âmbito da promoção da saúde, foi utilizado como referencial teórico de enfermagem, de modo a poder capacitar os idosos a adquirirem hábitos de vida saudáveis, o modelo de promoção de saúde de Nola Pender. Este modelo “ fornece uma estrutura simples e clara, em que o enfermeiro pode realizar um cuidado de forma individual ou reunindo as pessoas em grupo, permitindo planeamento, intervenção e avaliação das suas acções.” (Victor & Lopes, 2005: 236)

Surge como proposta de integrar a ciência do comportamento às teorias de enfermagem, procurando reconhecer os factores que influenciam comportamentos saudáveis, a partir do contexto biopsicossocial. A sua concepção de promoção da saúde tem como foco actividades voltadas para o desenvolvimento de recursos que mantenham ou intensifiquem o bem-estar da pessoa e baseia-se em três pontos principais: as características/experiências pessoais do indivíduo/grupo; os conhecimentos e os sentimentos acerca do comportamento que se deseja alcançar; o comportamento desejável de promoção da saúde. (Santos et al, 2008)

Tomey e Alligood in Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra referem que para Nola Pender “o objectivo da enfermagem é o de ajudar as pessoas a cuidarem de si próprias.” (Tomey & Alligood, 2002) Neste sentido um dos meus objectivos será o de capacitar os idosos a adquirirem estilos de vida saudáveis de forma a contribuírem de forma positiva para a sua qualidade de vida.

A adopção de estilos de vida saudáveis previne o aparecimento de doenças crónicas ou retarda os seus efeitos incapacitantes, promovendo desta forma o envelhecimento saudável com qualidade de vida. Ao contrário dos outros modelos, que são orientados para o acto de evitar, que se baseiam no medo ou na ameaça à saúde enquanto motivação para o comportamento de saúde, este modelo possui uma abordagem ou competência orientada para o foco. Este modelo irá contribuir para o processo de capacitação dos idosos através da promoção da sua saúde, partindo do “pressuposto que a saúde é um estado positivo e por isso todas as pessoas pretendem alcança-la, sendo o modo como cada pessoa a define a sua própria saúde, mais importante do que o conceito genérico”. (Machado et al, 2009:64)

Toda a intervenção foi centrada nos idosos e comunidade onde os mesmos se inserem. O sucesso da intervenção depende do envolvimento dos idosos, comunidade e redes sociais significativas. Neste sentido é necessário estabelecer articulações necessárias de modo a desenvolver uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários. O envolvimento de parcerias é fundamental para uma intervenção comunitária bem sucedida e para que haja continuidade. Lancaster e Stanhope citando Dahl et

al referem que a maioria das mudanças têm como meta a atingir, melhorar a saúde da comunidade, através de parcerias activas com os habitantes da comunidade e os trabalhadores de saúde de várias disciplinas. (Lancaster & Stanhope, 1993)

Estas autoras definem parceria “como sendo a distribuição (e redistribuição) informada, flexível e negociada de poder entre todos os participantes nos processos de mudança para uma melhor saúde da comunidade.” (Lancaster & Stanhope, 1993: 318)

A promoção do envelhecimento activo é uma prioridade, uma vez que a emergência das doenças crónicas é cada vez mais preocupante, actuando profundamente na qualidade de vida do idoso. O enfermeiro de saúde comunitária deve então identificar quais as necessidades dos idosos de modo a estabelecer intervenções adequadas aos mesmos. As actividades de educação para a saúde são uma das principais estratégias que o enfermeiro deve utilizar para conseguir ajudar a comunidade a adquirir hábitos e estilos de vida saudáveis.

A educação para a saúde consiste assim na concerto de práticas feitas para ajudar os indivíduos e as comunidades a melhorar a sua saúde através da ampliação do seu conhecimento ou da influência nas suas atitudes.

A educação para a saúde é uma estratégia para a promoção da saúde. Segundo OMS “a promoção da saúde é o processo de capacitar as pessoas de modo a aumentar o controlo sobre a sua saúde e melhorá-la. Foca-se para além do comportamento individual para um amplo leque de intervenções sociais e ambientais.” Aumentar o controlo sobre a sua saúde e melhorá-la é então o grande propósito da promoção da saúde faz sentido então definir e entender o que é a saúde.

Tende-se a pensar que a saúde é a ausência de doença muitas pessoas pensam que por não estarem doentes não precisam de se preocupar com a saúde. Este pensamento comum está totalmente em desacordo com o conceito da promoção da saúde que é diferente da prevenção da doença.

Nola Pender enfatiza que a saúde é uma experiência holística e só se torna fragmentado na mente dos profissionais de saúde. (Pender, 2011) Ver a pessoa como um todo, perceber qual o contexto em que se insere e identificar os obstáculos que dificultam a aquisição de saúde é o grande desafio.

Durante muito tempo, associar educação e idosos não fazia muito sentido. A ideia de que aprender quando já somos adultos e que já não temos as características ideais para a aprendizagem parecia prevalecer. Citando Silva e Serrão os idosos foram “ rotulados como indivíduos inúteis e inactivos (...) estas imagens contribuíram para a exclusão, limitando o número de novos papeis que poderão ser desempenhados”. (Silva & Serrão, 2009: 29) De

facto, as representações sociais associadas à velhice remetem para crenças que relacionam esta fase do ciclo vital a uma etapa pouco activa e de decadência onde não há espaço para o desenvolvimento. O facto de não estarem empenhados em nenhuma tarefa ou actividade e estarem “esquecidos” na sociedade faz com que muitos idosos se sintam inúteis.

Vários estudos têm ajudado a contradizer estes estereótipos defendendo que “o idoso que envelhece de uma forma óptima é o que permanece activo” (Fonseca, 2005: 123). Para conseguir ultrapassar este sentimento e permanecer com os papéis sociais significativos ao longo de toda a vida é necessário perceber que a pessoa idosa pode assumir novos papéis e comportamentos, rompendo com os preconceitos negativos que muitas vezes lhe são atribuídos.

A imagem do idoso como um indivíduo doente, frágil e pouco apto deve ser substituída por outra em que se valorize os recursos, capacidades e qualidades do idoso.

A Educação pode contribuir, de facto, como uma acção de inclusão e crescimento interpessoal, permitindo à pessoa idosa desenvolver novos papéis e fazer novas aprendizagens.

1.5 A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE COMUNITÁRIA NA PROMOÇÃO DA QV DO IDOSO

O enfermeiro especialista em saúde comunitária deve ter presente o conceito de saúde comunitária ou saúde da comunidade, ou seja, é algo mais do que a soma da saúde de cada um dos membros. É o resultado de uma relação recíproca do homem com o ambiente. A saúde comunitária é determinada pela interacção do homem com o ambiente e o impacto dos serviços de saúde sobre eles.

Stanhope e Lancaster citando Braddy [et al.]; Hoover e Schwartz, (1992) definem saúde comunitária como: “a satisfação de necessidades colectivas, através de identificação de problemas e gestão de interacções dentro da comunidade e entre a comunidade e a sociedade alargada.” (Sorensen e Luckman, 1999:315).

A enfermagem em saúde comunitária ou enfermagem comunitária é definida pela OMS como: “a síntese e aplicação de um amplo espectro de conhecimento e técnicas científicas para promoção, restauração e conservação da saúde comunitária”. (Sobreira, 1981: 40)

Nola Pender (2011) citando Huster & Goeppinger (2004) refere que o cliente passa a ser a comunidade, quando o foco passa a ser no colectivo do bem comum da população em vez de centrado no do indivíduo. Esta teórica explica que apesar de a enfermeira trabalhar com indivíduos e grupos espera-se que os resultados dos programas de promoção da saúde afectem toda a comunidade. Quando a comunidade é o cliente, os enfermeiros e a comunidade trabalham em conjunto para atingir objectivos mútuos, uma vez que, como membros da comunidade participam activamente em todas as etapas do processo. (Pender, 2011)

Segundo Nola Pender (2011) as estratégias de intervenção são baseadas em evidências implementadas para mudar comportamentos inadequados. A promoção da qualidade de vida dos idosos deve apontar para a manutenção da autonomia e independência dos mesmos, através de estratégias de enfermagem pautadas para o cuidado humano e para o ensino do auto cuidado. (Pender, 2011)

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária deve “participar no desenvolvimento de programas e projectos de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades na consecução de projectos de saúde colectiva e ao exercício da cidadania”. (REGULAMENTO Nº128/2011 – REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA – PUBLICADO NO DR, 2ª SÉRIE, Nº 35, DE 18-2-2011)

Empowerment segundo Laverack pode ser considerado como um processo ou como a finalidade desse processo. Refere-se portanto ao percurso que se pode realizar para alcançar poder e controlo sobre a sua vida e à capacitação, o adquirir competências ou capacidades de os utilizar. (Laverck, 2008)

Laverack refere ainda que *empowerment* não é sinónimo de dar algo a alguém, mas sim ajudar para que esse processo seja desencadeado, verificando-se que, uma vez iniciado aquele processo, os resultados serão alcançados pelas próprias pessoas/comunidade.

O enfermeiro especialista em saúde comunitária deverá desenvolver uma prática globalizante centrada na comunidade tendo como base as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública: (O E, 2011)

- Estabelecer com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades;

- Integrar a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do plano de saúde;
- Realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico;

Neste contexto, a prática do enfermeiro especialista em saúde deve ser desenvolvida na comunidade. Segundo o Expert Committee Report de Enfermagem Comunitária da OMS citado por Stanhope & Lancaster a comunidade pode ser definida como: “um grupo social determinado por limites geográficos e/ou por valores e interesses comuns. Os seus membros conhecem-se e interagem uns com os outros. Funciona dentro de uma estrutura social particular, e exibe e cria normas, valores e instituições sociais.” (Stanhope & Lancaster, 1999: 312)

A enfermagem comunitária tem como meta global a promoção da saúde do indivíduo e da comunidade, actuando nos três níveis de prevenção, com ênfase na prevenção primária e a sua prática deve ser feita em colaboração com outros membros da equipa de cuidados de saúde. O envolvimento de parcerias é fundamental para uma intervenção comunitária bem sucedida e para que haja continuidade. Lancaster e Stanhope citando Dahl et al referem que a maior parte das mudanças têm como meta a atingir, melhorar a saúde da comunidade, através de parcerias activas com os habitantes da comunidade e os trabalhadores de saúde de várias disciplinas. (Stanhope e Lancaster, 1999)

Os últimos anos de vida são, em muitos casos, acompanhados de situações de fragilidade e incapacidade que, muitas vezes, se relacionam com situações passíveis de prevenção. (Portugal, 2004) O aparecimento de novas necessidades em saúde determina assim, a adequação e organização de respostas. O enfermeiro deve ter como meta promoção da qualidade de vida e por conseguinte um envelhecimento activo na saúde do idoso o que vai ao encontro do objectivo da OMS de «Dar Qualidade de Vida aos Anos».

Os cuidados de enfermagem, integrados na tarefa multiprofissional de promover a qualidade em saúde, tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue, ao longo da vida, a prevenção da doença, a satisfação das necessidades humanas fundamentais, com a máxima independência na realização das actividades de vida e a promoção dos processos de adaptação funcional aos défices e aos múltiplos factores, frequentemente através de processos de aprendizagem. (O E, 2007)

O enfermeiro, ao compreender as alterações bio-psico-sociais que ocorrem ao longo do envelhecimento, tem a possibilidade de se aproximar dessa realidade, o que ajudará na actuação enquanto profissional, minorando dificuldades e colaborando para que o idoso se

adapte melhor á sua nova realidade. É função do enfermeiro investir nas relações interpessoais e familiares, já que eles se sentem desvalorizados e excluídos; é preciso que as suas opiniões sejam ouvidas e realizadas, pois estão no cimo da sabedoria.

O profissional de saúde deve desenvolver na comunidade uma prática educativa que dê preferência ao convívio social de todas as faixas etárias estimulando a convivência em família. A família deve ter um acordo forte e equilibrado, no sentido de ser a fonte da sua segurança, que completa as suas necessidades. Deve ser um sítio de acolhimento, onde o idoso se sinta útil, um ser importante que ainda faça parte da sociedade e reconquiste a satisfação de viver, pois ele ainda é capaz de amar e relacionar-se como ser social.

Cuidar eficazmente deste grupo constitui, actualmente, um desafio para a sociedade em geral e em particular para os profissionais que diariamente contactam com idosos. Exigindo dos mesmos um vasto campo de conhecimentos biopsicológicos, psico-afectivos, culturais e espirituais.

Torna-se fundamental, criar estratégias de intervenção para que se colmate a imagem negativa do idoso como sendo alguém frágil, incapaz, doente, pouco produtivo, inactivo e que está à margem da sociedade. Em concordância com Paschoal “se os indivíduos envelhecerem mantendo-se autónomos e independentes, com participação na sociedade, cumprindo papéis sociais significativos, com elevada auto-estima e encontrando um sentido para suas vidas, a sobrevida aumentada poderá ser plena de significado.” (Paschoal, 1996: 2)

Assiste-se actualmente a uma procura cada vez maior de cuidados de saúde por parte dos idosos e para os idosos, o que justifica e obriga á progressiva adequação da prestação de cuidados de saúde para os mesmos. Moniz citado por Páscoa (2003) defende que “os cuidados às pessoas idosas devem ter como finalidade ajuda-las a aproveitarem ao máximo as suas capacidades funcionais, qualquer que seja o seu estado de saúde e a sua idade.” (Páscoa, 2008: 42)

O idoso constitui assim um grupo, que necessita de cuidados diferenciados, quer pela singularidade que lhe é inerente, quer pela complexidade da resposta em situação de saúde/doença.

Para Stanhope e Lancaster a promoção da saúde direccionada para os idosos deve incluir actividades “tais como exercício, nutrição, rastreio, auto-cuidado, relaxamento, gestão do stress e prevenção de acidentes”. (Stanhope e Lancaster, 1999: 642) O conhecimento das características inerentes a essa fase do ciclo vital, o processo de senescência, a senilidade, o conhecimento prévio da história do idoso, as características individuais e experienciais do idoso são aspectos fundamentais para cuidar de idosos. A acrescer a estas características, a

consciencialização do enfermeiro poderá vir a evitar crenças e estereótipos deste grupo etário. (Silva e Serrão, 2009).

Em concordância com a ordem dos enfermeiros, torna-se necessário desenvolver competências específicas, num domínio específico de Enfermagem de forma a “reforçar a visão holística e contextual da pessoa e potenciar a adequação da resposta face à especificidade das necessidades em cuidados de Enfermagem” e prestar “o apoio assistencial ao longo do ciclo vital impõe competências gerais, mas também competências apropriadas a cada fase etária e respostas organizativas inovadoras”. (O E, 2007:13)

A OMS traçou como objectivos para a prestação de cuidados à pessoa idosa: prevenir a perda de aptidões funcionais; manter a qualidade de vida; manter a pessoa idosa onde ela deseja; fornecer apoio à família da pessoa idosa; proporcionar assistência de qualidade; contribuir para que o idoso morra tranquilamente proporcionando-lhe os cuidados adequados. (OMS, 1994)

Segundo o Regulamento n.º 128/2011, compete ao enfermeiro especialista em enfermagem comunitária estabelecer, “com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade” por conseguinte “identificar as necessidades em saúde de grupos ou de uma comunidade”.

A promoção da saúde e da qualidade de vida poderá ser potenciada pela intervenção dos enfermeiros, em equipa multidisciplinar. O profissional de enfermagem tem espaço para agir diante de um grupo de idosos, com autonomia ao organizar através da experiência e criatividade acções de assistir, ajudar, orientar e capacitar a pessoa idosa quanto ao facto de orientar e gerir a própria independência e saúde. O enfermeiro deve ajudar as pessoas a desenvolverem capacidades para a adopção de estratégias promotoras de envelhecimento saudável, inclusive no meio onde estão inseridas. (Bastos, 2000)

O enfermeiro deverá compreender que envelhecer é um processo natural, fisiológico e que a integridade do idoso deve ser assegurada, sem esquecer a necessidade da avaliação global do mesmo, no sentido de garantir uma assistência mais adequada e humanizada. O enfermeiro actua igualmente como agente de mudança na percepção acerca do envelhecimento, junto da equipa multidisciplinar e comunidade. (Nakamura, 2005).

As grandes transformações ocorrem de forma lenta e para que aconteçam são necessárias constantes mediações, debates e pesquisas dentro da área da gerontologia, de forma a produzir modificações e reformulações sobre os juízos que depreciam a velhice. A qualidade do envelhecimento é condicionada, entre outros factores, pelo envolvimento activo, ao longo da vida, de cada indivíduo, agente do seu desenvolvimento pessoal e da sua saúde.

O enfermeiro é um profissional essencial na tríade idoso-família-comunidade e deverá dotar o indivíduo doente de competências e desenvolver potencialidades que proporcionam a este encarar a limitação e ou patologia e mobilizar a energia necessária para a sua adaptação e realização do auto-cuidado. (Franco & Costa, 2001)

Os enfermeiros são profissionais de saúde que detêm um papel primordial no apoio à pessoa idosa, com patologia ou não, independente ou dependente, com ou sem autonomia. Eles são determinantes, sobretudo no processo de reabilitação levando a que os cuidados sejam efectuados de forma sistemática, possibilitando desta forma a identificação de problemas nos idosos de forma individualizada aplicando os seus conhecimentos teórico-práticos no controlo do processo do envelhecimento e mantendo a sua formação continua a nível de cuidados preventivos, curativos e paliativos. (Tosta, 2008)

Dado que os cuidados de enfermagem geriátricos se devem apoiar numa filosofia humanista, o enfermeiro deverá adoptar o modelo holístico, atendendo às dimensões psicológica, biológica, cultural e social dando especial atenção aos conceitos saúde, bem-estar e conforto. (Carvalho, 1997 citado por Páscoa, 2008)

Em suma, o cuidado para com o idoso merece ter atenção especial e deter como base conhecimentos específicos à profissão e sobretudo o cultivo de valores que incluam ética e as percepções da importância da interacção com o outro. Igualmente o idoso deverá ter acesso ao uso dos níveis apropriados de cuidados que lhes proporcionam protecção, promoção e estimulação mental e social, num ambiente seguro. A pessoa idosa deve ser encarada como um ser humano e dessa forma o seu cuidado deverá ser sentido, vivido e experienciado por cada outro ser humano que do idoso se aproxima com o intuito de o cuidar. (Nakamura, 2005).

Neste sentido, o envelhecimento deverá ser visto como uma possibilidade para se poder viver de maneira saudável, independente e autónoma, o maior tempo possível. O ser humano, deverá, desde cedo e durante toda a vida, optar por deter uma atitude preventiva e promotora da sua saúde e de autonomia na sua velhice, de forma a usufruir a sua senescência com qualidade de vida. (Castilho, 2010)

Devemos debruçar-nos sobre o envelhecimento, cada vez mais, com uma atitude preventiva e promotora, envolvendo múltiplos sectores. Os enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários são profissionais próximos dos cidadãos, inseridos em equipas multidisciplinares, que prestam cuidados centrados na promoção da saúde e prevenção da doença ao longo de todo o ciclo vital.

O enfermeiro detém um papel decisivo na educação da pessoa, família e comunidade. Ajuda o idoso a aceitar e a vivenciar uma velhice activa através da compreensão dos aspectos biopsicossociais e espirituais do processo de envelhecimento. (Nakamura, 2005) Quanto mais as pessoas avançam na idade, mais heterogéneas se tornam, fruto da complexa interacção, entre factores biológicos, psicológicos e sociais, ocorridos ao longo do percurso vital. Este facto impõe aos profissionais uma intervenção holística, na qual estejam contemplados multifactores intervenientes e recursos disponíveis, para responder às necessidades individuais de forma personalizada.

A saúde é uma experiência holística, mas por vezes pode ser fraccionado na mente dos profissionais de saúde. Ver a pessoa como um todo, perceber qual o contexto em que se insere e identificar os obstáculos que dificultam a que não se adquira saúde é o grande desafio.

A função dos enfermeiros é a de ajudar o cliente a promover a saúde e prevenir o mal-estar e a doença. Evitar que problemas potenciais, relacionados com as actividades de vida, se tornem reais. Prevenir o reaparecimento de problemas tratados, enfatizar o auto-cuidado, com o máximo de independência de acordo com a capacidade individual, promover um nível elevado de bem-estar e oferecer a melhor e mais actualizada informação, de forma a desenvolver hábitos de vida saudáveis e a resolver, aliviar, suportar e lidar, de forma positiva, com quaisquer problemas, incluindo a morte. (Roper, Logan, Tierney, 1996 citados por Basto 2000).

A promoção da saúde para as pessoas idosas, passa por encorajá-las e apoiá-las para atingirem o seu potencial máximo e melhorarem a sua saúde, envolverem-se nas decisões que lhes dizem respeito, maximizarem a capacidade funcional, com o máximo de independência, adiarem ou prevenirem as doenças e minimizarem os efeitos das situações debilitantes.

Os enfermeiros influenciam a melhoria da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades oferecendo-lhe cada vez mais serviços às pessoas saudáveis, permitindo-lhe maximizar a sua saúde, através da sua participação na defesa, ajuda e ensino.

O enfermeiro tem como privilégio trabalhar com e para a comunidade, estar junto da população, tornar-se um membro activo dela e identificar as principais necessidades e problemas desta é de extrema importância para delinear estratégias. O enfermeiro especialista deve utilizar as competências específicas que adquiriram e os conhecimentos de modo a promover a saúde em toda a comunidade.

1.6 METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

Actualmente as políticas públicas de saúde apoiam-se em princípios como: a universalidade, equidade, eficiência, integridade, transparência, responsabilidade social. A saúde passou a constituir um direito das populações. Neste sentido, Brissos citado por Ruivo e Ferrito refere a "A saúde deve ser vista como vector de desenvolvimento, o que pressupõe que a mesma seja parte integrante de uma estratégia de intervenção multisectorial, com projectos que tenham sustentabilidade." (Ruivo & Ferrito, 2010:10)

A fixação de estratégias para a obtenção de ganhos efectivos em saúde implica qualidade dos cuidados, representando um desafio actual para os profissionais e instituições de saúde. Neste contexto "A qualidade, universalmente reconhecida como condição para a satisfação das necessidades explícitas e implícitas do cliente a um custo adequado, tem vindo a tornar-se num imperativo para as organizações de saúde, não só pela necessidade de contenção orçamental, mas também pelo maior nível de exigências do cidadão." (OE, 2011)

Promover e assegurar a qualidade dos cuidados de saúde tem como premissa a evidência científica. Torna-se fundamental mobilizar recursos humanos que são o elemento fulcral para a mudança em qualquer instituição, assim como apostar numa contínua reflexão crítica e aperfeiçoamento das práticas de enfermagem por parte dos profissionais, bem como a operacionalização de competências no âmbito do planeamento em saúde.

A enfermagem comunitária traduz a prestação de cuidados como resposta às necessidades individuais que devem ser necessariamente inseridas num contexto social e económico. (Stanhope & Lancaster, 1999) Esta abordagem multisectorial identifica-se com a filosofia dos cuidados de saúde primários e fornece uma estrutura conceptual para a investigação. Tavares refere "o planeamento em saúde procura, em última análise, um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças no comportamento das populações." (Tavares, 1990: 37)

O planeamento estratégico em saúde representa assim, um método através do qual se poderá intervir em múltiplos contextos, disponibilizando o acesso a cuidados de saúde eficazes e continuados, favorecendo a proximidade e implicação das comunidades visando o seu empoderamento e capacitação, enquanto aptidões indispensáveis aos processos de tomada de decisão e ao exercício de cidadania, abrangendo os grupos vulneráveis, oriundos de diferentes contextos e enaltecendo a dimensão emergente multiculturalidade. O facto de se fundamentar em cenários reais permite o aperfeiçoamento de um conjunto de acções dirigidas

às necessidades das pessoas e aos seus contextos vivenciais e neste sentido orientadas para a obtenção de ganhos em saúde. (OE, 2010)

A implementação de projectos na área de promoção da saúde, implica um planeamento a longo prazo e segundo o portal da saúde é necessário ter as seguintes características: ser sucinto, exequível, que possam ser implementadas nas diferentes fases de desenvolvimento a quem o projecto se dirige, requer ainda uma avaliação periódica, incluindo a avaliação da qualidade e impacto do programa. Um projecto em saúde deve “ realizar uma análise integrada das necessidades da população, na perspectiva de desenvolver estratégias e acções concentrando esforços e aproveitando os recursos disponíveis de forma a fomentar o trabalho em equipa entre os profissionais de saúde e equipa multidisciplinar e promover a capacidade, motivação e autonomia da população.” (Ruivo & Ferrito, 2010: 10)

O planeamento em saúde é constituído pelas seguintes etapas: Diagnóstico de situação, determinação de prioridades, fixação de objectivos, selecção de estratégias, preparação operacional e avaliação. (Tavares, 1999; Imperatori & Giraldes, 1993)

O diagnóstico de situação é a primeira etapa da metodologia do planeamento em saúde. A elaboração e implementação de programas/projectos correspondem à segunda fase do planeamento em saúde e visam dar resposta, de forma organizada, aos problemas encontrados.

Nesta fase determinam-se os objectivos, as estratégias, as actividades e os indicadores indispensáveis à última etapa, a avaliação. (OE, 2010) Segundo Correia de campos citado por Tavares “o planeamento feito nos cuidados de saúde pode contribuir para a promoção de um bem, cujo custo é estimável, mas com um valor sem preço.” (Tavares, 1990: 41)

2. CONTEXTO EM ESTUDO

Na elaboração de um trabalho de investigação torna-se imprescindível precisar o contexto no qual se realizará o estudo, uma vez que ao fazê-lo, determinamos o lugar onde os indivíduos alvo vivenciam o fenómeno em causa.

O diagnóstico de situação é a primeira etapa da metodologia do planeamento em saúde e deve ser suficientemente alargado aos sectores económicos e sociais de forma a identificar os principais problemas de saúde e respectivos factores condicionantes.

O presente estudo realizou-se no Centro de Saúde de Castelo Branco e extensões de saúde de Lardosa e de Cebolais de Cima, no período de 14 de Fevereiro a 11 de Março de 2011.

O estudo foi desenvolvido em três extensões de saúde pertencentes à ULS de Castelo Branco: extensão da Lardosa, Cebolais e um ficheiro clínico do Centro de Saúde de Castelo Branco. Desta forma, a população em estudo é na sua maioria de predomínio rural. (Anexo II) A cidade de Castelo Branco é servida por uma estação ferroviária da Linha da Beira Baixa. O concelho é servido por mais estações, predominantemente nas freguesias mais rurais, designadamente a Lardosa. Em termos rodoviários, possui um terminal de camionagem, com percurso para todos os pontos do País, nomeadamente Lisboa, Porto e Algarve e, também para Espanha. A cidade é servida por uma auto-estrada, a A23 (Torres Novas - Guarda).

Relativamente aos equipamentos de saúde, actualmente integrados na Unidade Local de Saúde de Castelo Branco encontra-se o único hospital da região em Castelo Branco; quanto a centros de saúde, existem três, O Centro de Saúde de São Tiago, o Centro de Saúde de São Miguel, o Centro de Saúde de Alcains, com 18 Extensões de saúde distribuídas pelo concelho.

Cebolais de Cima é uma freguesia do Distrito e Concelho de Castelo Branco, situa-se a cerca de 12 km a sul da sede do concelho, tem uma área de 12,86 km² e uma densidade populacional de 100,3 Hab. /km² (I.N.E. 2001). Tem cerca de 1290 habitantes (I.N.E.2001). Este número é o que resta de uma redução significativa, observada na última década, devido ao fluxo migratório de dentro para fora da freguesia, reflexo do encerramento da quase totalidade das unidades fabris aqui existentes.

De acordo com os dados dos Censos 2001, a população de Cebolais de Cima apresenta um Índice de envelhecimento de 338,9% , salientando que é muito superior ao índice de envelhecimento da região centro (130%) e de Portugal (102%).A proporção de idosos é de 29,7%, enquanto que a proporção de jovens é de 8,8%.

Existem algumas infra-estruturas de apoio ao idoso em Cebolais de Cima, dependentes do Centro Social e Paroquial da Freguesia, com as valências de: Lar residencial para idosos, Centro de dia, Centro de convívio de reformados e Apoio domiciliário.

Para apoio à saúde existe uma Extensão de Saúde, do Centro de Saúde de São Tiago, da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco.

No que diz respeito ao associativismo conta com Indústria Futebol Clube Cebolense, Rancho Etnográfico de Cebolais de Cima, Agrupamento de Escuteiros 624, Associação Desportiva de Caça e Pesca de Cebolais, Associação Recreativa, Cultural, Desportiva de Cebolais de Cima.

A freguesia da Lardosa situa-se no concelho de Castelo Branco, com uma área de 44,46 km², dista 21 km de Castelo Branco. Segundo os Censos de 2001 a população residente era de 1044 habitantes, com um Índice de Envelhecimento de 304,6%, uma proporção de 31,5% de idosos e de 10,3% de jovens.

Relativamente às estruturas, nomeadamente Colectividades existem as seguintes: Núcleo de Intervenção Cultural de Lardosa (Biblioteca); Centro Popular de Cultura e Desporto de Lardosa, Centro Social Amigos da Lardosa com valência de Lar de idosos; Associação de Caça e Pesca; Associação de Festas; Associação Social Recreativa e Cultural de Vale da Torre e Grupo de Bombos de Lardosa.

3. INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

3.1 DIAGNÓSTICO DE SAÚDE

A saúde física e mental assume hoje um dos valores mais significativos do ser humano. Apesar disso, o homem continua a adoptar por comportamentos nocivos para a sua saúde. Este facto ocorre por desconhecimento ou pela adopção de determinadas práticas apesar de se ter consciência da potencialidade negativa dos seus efeitos para a saúde. Ambos os acontecimentos dizem respeito à educação em saúde.

O diagnóstico em saúde coletiva é parte integrante deste processo, permite identificar e analisar determinada situação, de forma a desenhar um quadro de necessidades e soluções.

Qualquer intenção de formular programas integrais de saúde e de executá-los com êxito requer um conhecimento preciso da situação de saúde da comunidade e dos factores que a condicionam, através da elaboração do diagnóstico de saúde da comunidade. Este tem como intuito objectivar o nível de saúde de uma comunidade, através da detecção dos problemas e necessidades de saúde, assim como dos factores que favorecem este estado e que compreendem a análise das estruturas de saúde que funcionam dentro dessa comunidade. Para Brissos o “diagnóstico deve proporcionar um conhecimento das forças e fraquezas do ambiente interno e das ameaças e oportunidades do ambiente externo.” (Brissos, 2004: 47)

A realização de um bom diagnóstico de saúde é etapa fundamental, no planeamento das acções de promoção, recuperação e reabilitação, tendo como finalidade a melhoria da qualidade de vida de uma população.

O instrumento de colheita de dados que utilizámos para a realização do diagnóstico de saúde foi inquérito por questionário, constituído por 4 partes. (Apêndice III)

A primeira parte do questionário visa fazer uma caracterização sócio-demográfica da população e inclui três questões abertas para percebermos a percepção do conceito de qualidade de vida para os idosos em estudo e os factores que estes consideram influenciá-la positiva e negativamente.

Na segunda parte utilizámos a escala de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-BREF da OMS e na terceira parte a escala de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-OLD versão para os idosos também da OMS.

Na quarta parte utilizámos o Índice de Barthel para avaliação do grau de dependência para as actividades de vida diária dos idosos estudados.

O questionário foi efectuado a 255 indivíduos, mais especificamente a 66,3% do sexo feminino e 33,7% do sexo masculino. (Apêndice IV). Da nossa amostra 38.8% são utentes inscritos na UCSP 1 (Extensão de Saúde de Cebolais de Cima), 37.6% são utentes inscritos na UCSP 2 (Centro de Saúde de Castelo Branco/S.Tiago), e 23.5% são utentes inscritos na UCSP 5 (Extensão de Saúde da Lardosa).

Factores socio-demográficos:

A média de idades dos idosos que participaram é de 74.76 anos. O mínimo de idade encontrado foi de 65 anos e o máximo de 93 anos, com uma mediana de 74 anos e moda de 71 anos. (Apêndice IV) No sentido de melhor estudar esta variável, tendo em conta a sua distribuição, foram formados três grupos etários [65,75 [, [75,85 [e 85 e mais anos. Podemos verificar que o grupo etário dos 65 aos 74 anos é o mais representado, correspondendo a 52.5% da totalidade dos idosos, 39.6% pertencem ao grupo etário entre 75 a 84 anos e 7.8 % com 85 anos ou mais. (Apêndice IV)

Relativamente ao estado civil dos idosos, constatamos que 64.3% são casados e 29% são viúvos e apenas 4.3% são solteiros, 3% são separados, os idosos que referiram ser divorciados (2%) e em união de facto (0.4%) são do sexo feminino. (Apêndice V)

As habilitações literárias encontradas na amostra vão desde a situação de não saber ler nem escrever, até aos estudos universitários e formação pós-graduada. Apesar do ensino básico ser a formação mais referida (62.4%), observamos contudo que 16.5% dos idosos não sabe ler nem escrever. (Apêndice VI)

Em relação à profissão, a maior parte dos idosos estão reformados (98%), e apenas 5 idosos (2%), continuam a trabalhar. (Apêndice VII)

Relativamente à constituição do agregado familiar, constatamos que 62.4% dos idosos vivem com o cônjuge e com os filhos/nora/genro vivem 9%. Contudo será de realçar que 27.1% dos idosos vivem sozinhos e 1.6% referem viver com outros. (Apêndice VIII)

Percepção de saúde dos idosos:

No que diz respeito à percepção de saúde, de um modo geral os idosos consideram-se “satisfeitos” e “muito satisfeitos”. Esta classificação é mais representativa no intervalo de idades dos [65, 75[anos e no sexo feminino. São os idosos com 85 e mais anos que se

consideram mais insatisfeitos com a sua saúde ou seja, têm uma pior percepção de saúde. (Apêndice IX)

Um dos factores que se relaciona com a percepção da saúde é o factor dinheiro. Podemos observar que quem refere ter nada ou pouco dinheiro para as suas necessidades apresenta-se muito insatisfeito ou insatisfeito com a sua saúde. Podemos observar que existe relação significativa entre o poder económico e a percepção de saúde. (Apêndice X)

A doença foi uma dimensão referida pelos idosos em relação à qualidade de vida, podemos verificar que, 32% dos idosos que o referiram, manifestaram-se satisfeitos ou muito insatisfeitos com a sua saúde. (Apêndice XI)

Podemos observar que dos 6.3% dos idosos que referem estar muito insatisfeitos com a sua saúde, 12.5% referem necessitar muitíssimo dos cuidados de saúde e 56.3% refere necessitar muito. Verifica-se ainda a associação destas variáveis. (Apêndice XII) Analisando ainda o facto de os idosos referirem apresentar patologias crónicas podemos verificar que estas não influenciam na sua percepção de saúde. Como as medianas da variável até que ponto está satisfeito (a) com a sua saúde e nos grupos de idosos que responderam ter ou não diabetes, hipertensão arterial, patologias cardiovasculares e osteoporose, são iguais parece não existir diferenças significativas nos idosos dos dois grupos. (Apêndice XIII)

Outro factor que influencia a percepção da saúde é o grau de dependência. Podemos verificar que 17.5% dos idosos que apresentam alguma dependência, 48.9% refere estar muito insatisfeito com a sua saúde. Verificamos que existe associação destas duas variáveis. (Apêndice XIV)

Percepção de qualidade de vida:

A auto- avaliação da QV foi efectuada solicitando-se aos idosos uma apreciação da sua qualidade de vida. A percentagem de idosos que considerou ter uma qualidade de vida “nem boa nem má”, ou seja, satisfatória, foi muito próxima da considerada “boa” e “muito boa”. Ainda assim encontramos um pequeno número que a considera “muito má” e “má”. O género feminino foi o que considerou ter uma QV “má” e “muito má”, embora não exista evidência estatística para a associação das variáveis QV e género. A faixa etária que considera ter uma QV melhor é a dos [65,75[anos, diminuindo nos grupos seguintes. (Apêndice XV)

Relativamente à questão “O que é para si qualidade de vida? Das dimensões criadas para definir QV foram referidas por ordem decrescente as seguintes: “ter saúde”, “ter paz”, “ter dinheiro”, “ter família/amigos” e “ter uma ocupação para os tempos livres”. (Apêndice XVI)

Os factores referidos pelos idosos como determinantes para a melhoria da sua QV Hierarquizando, por ordem decrescente, foram a “saúde”, seguida por “família/amigos”,

“dinheiro” e a menos referida foi “ter boas condições de habitabilidade”. (Apêndice XVII) A “saúde” é o factor determinante de QV mais referido pelos dois géneros, enquanto na dimensão “ocupação/actividades de lazer” é o feminino que mais a refere.

Domínios da escala WHOQOL-BREF:

Verificou-se que o domínio das relações sociais é onde os idosos referem melhor qualidade de vida (Média=63.2680) e é no domínio físico que referem pior qualidade de vida (Média=55.1821). (Apêndice XVIII)

Domínios da escala WHOQOL-OLD:

Verificou-se que o domínio das Habilidades sensoriais é onde os idosos referem melhor qualidade de vida (Média=66.6667) e é no domínio Morte que referem pior qualidade de vida (Média=50.2696). (Apêndice XIX)

Os idosos de Cebolais de Cima foram os que manifestaram ter melhor qualidade de vida (Mediana=4). (Apêndice XX) Os mesmos idosos manifestam melhor qualidade de vida em todos os domínios da escala de WHOQOL-BREF. (Apêndice XXI)

Por outro lado, nas respostas dos domínios da WHOQOL-OLD, verificou-se que os idosos inscritos no ficheiro da UCSP 2 (Castelo Branco) são os que manifestam melhor qualidade de vida nos domínios Habilidades Sensoriais e Morte, enquanto na extensão de saúde de Cebolais de Cima manifestam melhor qualidade de vida em todos os outros domínios. (Apêndice XXII)

Factores determinantes na qualidade de vida referidos pelos idosos:

Os idosos que percebem a sua saúde negativamente referiram igualmente de forma negativa a sua qualidade de vida, ou seja, 56.3% dos idosos que referem estar muito insatisfeitos ou insatisfeitos com a sua saúde avaliam a sua saúde como muito má e má. (Apêndice XXIII)

O ter dinheiro para satisfazer as suas necessidades foi considerado pelos idosos como factor determinante da sua qualidade de vida, dos 11% dos idosos que refere ter pouco dinheiro para satisfazer as suas necessidades, 21.1% avalia a sua qualidade de vida muito má ou má. (Apêndice XXIV)

Outro factor que interfere na qualidade de vida dos idosos são as relações inter-pessoais. Verificou-se que 75% dos idosos se consideram muito insatisfeitos ou insatisfeitos com as suas relações inter-pessoais, os mesmos avaliam a sua qualidade de vida como muito má e má. (Apêndice XXV)

Outro factor que interfere na qualidade de vida dos idosos é a presença de sintomas depressivos, podemos verificar que 41.1% dos idosos que se sentem, frequentemente ou sempre sintomas depressivos, avaliam a sua qualidade de vida como muito má e má. (Apêndice XXVI)

Outro factor que interfere na qualidade de vida dos idosos é a solidão. Os idosos que referiram a solidão como influência negativa da sua qualidade de vida, são os que percebem a sua saúde mais negativamente. (Apêndice XXVII)

O grau de dependência representa outro factor determinante da QV. Quanto maior o nível de dependência menor a qualidade de vida. 66.6% dos idosos apresentam níveis de dependência grave ou moderado e avaliam a sua qualidade de vida como muito má. (Apêndice XXVIII)

Só realizando um bom diagnóstico de saúde se poderá prosseguir nas restantes etapas do planeamento em saúde

3.2 DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES E NECESSIDADES

A determinação de prioridades representa a segunda etapa do processo de planeamento na área da saúde após a realização do diagnóstico de saúde e consiste essencialmente num processo de tomada de decisão. A selecção de prioridades torna-se essencial pois procura saber quais os problemas que se devem tentar solucionar em primeiro lugar e visa segundo Tavares “o planeamento e a pertinência dos planos, a utilização eficiente dos recursos e a optimização dos resultados a atingir pela implementação de um projecto.” (Tavares, 1990: 83)

Imperator e Giraldes (1982) referem que para proceder a selecção dos problemas de saúde que se querem ver resolvidos é necessário a utilização de vários critérios ponderados.

Os critérios que considere mais pertinentes na priorização dos problemas foram a magnitude, caracterizando o problema pela sua dimensão e a vulnerabilidade, correspondendo á possibilidade de prevenção. Segundo Imperator & Giraldes “o critério da vulnerabilidade é fundamental, dado que o processo de planeamento-programação pretende utilizar os recursos onde produzem maior efeito.” (Imperator & Giraldes, 1982: 66)

Envelhecer de uma forma saudável implica um estilo de vida que envolva comportamentos promotores de equilíbrio na saúde. As necessidades de saúde identificadas, através de análise de dados das respostas dos questionários relacionam-se com estilos de vida, ou seja, a forma com que os idosos entendem a vida e a experimentam viver através de

escolhas, expressos sob a forma de hábitos, comportamentos, rotinas ou formas de vida adaptadas ao dia-a-dia e padrões de consumo.

Neste contexto foram identificados os seguintes problemas:

- Ausência da prática de exercício físico por parte dos idosos. (Apêndice XXIX)
- Presença de patologias, nomeadamente: HTA, Diabetes, osteoporose e doenças cardiovasculares e a prática de factores de risco relacionados com estilos de vida, nomeadamente: ingestão de bebidas alcoólicas, consumo de tabaco e ingestão frequente de medicação. (Apêndice XXIX)
- Consideram ter um ambiente seguro revelando assim desconhecimento dos parâmetros considerados para o mesmo (Apêndice XXX)
- Problemas relacionados com o isolamento, depressão na terceira idade. (Apêndice XXXI)

Após a análise dos dados obtidos no diagnóstico de saúde consideramos estes problemas muito importantes, pois são condicionantes da QV/ Envelhecimento Activo dos idosos que participaram no nosso estudo, tendo sido mencionados maioritariamente pelos mesmos. Apesar disso, verificou-se que os idosos inquiridos apresentam uma percepção de qualidade de vida e de saúde, acima daqueles encontrados em alguns estudos portugueses e europeus. Esta percentagem elevada na sua percepção de QV e Saúde é manifestada independentemente de apresentarem um valor elevado de patologias, falta de actividade física, ingestão de bebidas alcoólicas, consumo de tabaco, ingestão frequente de medicação. Por outro lado a saúde é considerada como o mais importante determinante de QV.

Este facto leva a deduzir que os idosos intervenientes no estudo se encontram resignados, com o processo de envelhecimento, são incapazes de resolver e ultrapassar os seus problemas, ou apresentam défice de conhecimentos relativamente às complicações resultantes de patologias e adoção de maus hábitos de vida. Desta forma, consideramos prioritário e pertinente intervir na área da promoção da saúde e prevenção da doença para poder contribuir para o envelhecimento saudável.

Os idosos consideraram a dependência outro factor determinante na sua QV. As quedas e outros acidentes domésticos representam actualmente, a origem de grandes incapacidades no idoso. Através da elaboração do diagnóstico de saúde, verificamos que os idosos consideram ter um ambiente seguro, no entanto, verifica-se que os idosos apresentam um desconhecimento dos parâmetros considerados para o efeito. Desta forma consideramos

importante intervir nesta área, de forma a capacitar os idosos a providenciarem ambientes mais seguros, prevenindo possíveis complicações decorrentes de acidentes domésticos.

O isolamento social do idoso representa um tema de debate constante, evidenciado pelos meios de comunicação diariamente. Neste contexto, considero de extrema importância intervir para inverter este problema, determinante na qualidade de vida dos idosos. Acções que promovam a interação social do idoso, prevenindo o isolamento e o aparecimento de sentimentos negativos devem ser uma prioridade no ambiente onde o idoso se insere.

3.3 DEFINIÇÃO DE OBJECTIVOS

A fixação de objectivos é a terceira etapa do processo de planeamento em saúde. Segundo Tavares corresponde “aos resultados visados em termos de estado que se pretende para a população alvo”. (Tavares, 1990: 113).

Os objectivos devem ser precisos, passíveis de serem atingidos na prática, de âmbito restrito. Para o mesmo autor quatro características de tipo estrutural que devem ser consideradas na formulação dos mesmos: pertinente, preciso, realizável e mensurável. (Tavares, 1990).

Desta forma, os objectivos devem adequar-se as situações que suscitaram a intervenção, devem conter em si a exactidão do percurso a efectuar e definir o novo estado pretendido, devem ser objectivos realizáveis, ou seja com hipóteses de serem atingidos e por fim devem fornecer a possibilidade de uma correcta avaliação posterior.

Perante os problemas apresentados pelos idosos, foram então formulados os seguintes objectivos gerais:

- Promover a Qualidade de vida/ Envelhecimento Activo em 10%, dos idosos com mais de 65 anos, inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 da ULS de Castelo Branco, no período de 14 de Fevereiro até Junho de 2011.
- Dar visibilidade do papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na promoção do envelhecimento saudável no idoso, aos idosos com mais de 65 anos, inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 da ULS e á comunidade onde se inserem, no período de 14 de Fevereiro até Junho de 2011.

Como objectivos específicos foram formulados os seguintes:

- Até Junho de 2011, 10% dos idosos com mais de 65 anos, pertencentes a três extensões de saúde da ULS de Castelo Branco, deverão ter sido assistido a sessões de educação sobre benefícios da actividade física, alimentação saudável e prevenção de acidentes domésticos.
- Até Junho de 2011, deverão ser distribuídos panfletos informativos sobre hábitos de vida saudáveis, a 10% dos idosos com mais de 65 anos, inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 de Castelo Branco.
- Até Junho de 2011, 10% dos idosos com mais de 65 anos, inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 de Castelo Branco, deverão ser aconselhados sobre formas de praticar exercício físico.
- Até Junho de 2011, 10% dos idosos com mais de 65 anos, inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 de Castelo Branco deverão ter participado numa aula de ginástica.
- Até Junho de 2011, 10% dos idosos com mais de 65 anos, inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 de Castelo Branco, deverão ter participado numa actividade de grupo lúdica que promova a participação social do idoso.
- Até Junho de 2011, 10% dos idosos com mais de 65 anos, inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 de Castelo Branco, deverão ser incentivados a adquirirem hábitos de vida saudáveis através de sessões de educação para a saúde e participação numa aula de ginástica.
- Até Junho de 2001, deverá ser criada consulta do idoso, nas extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 de Castelo Branco.
- Até Junho de 2001, deverão ser apresentados os resultados do estudo, aos idosos com mais de 65 anos, inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 da ULS de Castelo Branco e á comunidade onde estão inseridos.
- Até Junho de 2001, deverá ser dada visibilidade do papel do enfermeiro especialista em saúde comunitária na promoção do envelhecimento saudável, através da participação e divulgação num evento público ou através do envolvimento dos meios de comunicação locais.

3.4 SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A Selecção de estratégias constitui a quarta etapa do processo de planeamento e permite escolher um conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar determinados objectivos.

Para Brissos “Uma estratégia pode ser entendida como um conjunto de procedimentos a adoptar, com consistência interna e que represente, acima de tudo, uma atitude face a um futuro possível, devendo resultar de uma acção colectiva em que os diversos actores aprendam conjuntamente.” (Brissos, 2004:47)

Pretende-se com esta etapa, definir estratégias inovadoras e criativas, conceber novas formas de actuação, que permita reduzir os problemas considerados como prioritários e atingir os objectivos fixados.

Desta forma e tendo em referencial teórico Nola Pender, foram delineadas as seguintes estratégias:

- Desenvolver acções de educação para a saúde sobre promoção de hábitos de vida saudáveis: alimentação saudável, benefícios da actividade física, prevenção de quedas.
- Envolver outros profissionais: Fisioterapeuta e professor de educação física.
- Articulação intersectorial: ULS de Castelo Branco, creche de Cebolais de cima, Centro social da lardosa, Rádio da Beira Interior, Junta de freguesia de Louriçal do Campo, Danone.
- Envolver outros grupos etários, nomeadamente crianças, nas actividades desenvolvidas, prevenindo o isolamento social.

3.5 PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

Após a selecção de estratégias foi realizada uma reunião, com todos os elementos do grupo, para fazer levantamento dos recursos, assim como definição das actividades a desenvolver pelo grupo, métodos e técnicas de pesquisa e calendarização das actividades a desenvolver.

A preparação de todas as actividades foi feita em conjunto pelos elementos do grupo de trabalho.

Os recursos financeiros utilizados para impressão de convites, brochuras informativas, cartazes de divulgação foram suportados pelos elementos do grupo.

Relativamente ao recurso didactivo – projector, foi cedido pela ULS de Castelo Branco.

Inicialmente foi realizada pesquisa bibliográfica sobre os temas a abordar nas sessões e programa de rádio. A pesquisa bibliográfica sobre os temas escolhidos é de extrema importância, permite analisar o que foi escrito sobre o tema, assim como, expandir e fundamentar o assunto a desenvolver e a pertinência do mesmo. Após recolha da informação relativa aos temas a abordar foram elaborados:

- Convites para as sessões
- Cartazes de divulgação das sessões de educação para a saúde
- Diapositivos para apresentação nas sessões de educação para a saúde através de software power point.
- Diapositivos para apresentação na sessão de divulgação dos resultados do estudo em Louriçal do Campo através de software power point.
- Brochuras informativas sobre os temas a abordar
- Conteúdo informativo para programa de rádio

Foram feitos contactos e pedidos intersectoriais para realização das actividades, nomeadamente:

- Reunião com a directora do Infantário de Cebolais de Cima para autorizar a realização da aula de educação física no mesmo, assim como a participação das crianças. O convite para a aula foi feito com a colaboração do infantário, que os entregou às crianças e avós.
- Contacto á Junta de freguesia de Cebolais de Cima para pedido do espaço onde foi realizada sessão de educação para a saúde - casa do povo de Cebolais de Cima.
- Contacto á Junta de freguesia de Lardosa para pedido do espaço onde foi realizada sessão de educação para a saúde – Centro Social e Paroquial dos Amigos da Lardosa
- Reunião com o Sr. Enfermeiro responsável pelo Programa de Radio da Beira Interior “ A Saúde em Questão”, para discutir conteúdos temáticos a abordar no programa, data, local e duração do programa.
- Contacto com a Danone para possível cedência de iogurtes para distribuir no final das sessões de educação para a saúde.
- Contacto através de requerimento e pessoalmente ao Sr. Enfermeiro Director para implementação da consulta do idoso.
- Reunião com a responsável pelo Encontro “ Entre Gerações” em Louriçal do Campo para participação e divulgação do nosso estudo na mesma.

- Contacto com Fisioterapeuta e professores de Educação física para participação nas sessões de educação para a saúde e aula de educação física.

3.6 ESPECIFICAÇÃO DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

Após recolhidos, os dados são tratados e prepara-se a acção a desenvolver, tendo como finalidade a resolução do problema levantado. (Leite et al., 1989)

As actividades desenvolvidas foram as seguintes:

- Aula de educação física no infantário de Cebolais de cima - Foi realizada uma aula de aeróbia no infantário de Cebolais de Cima. Esta aula teve como participantes as crianças da instituição e os seus avós. Foi enviado um convite (Apêndice XXXII) aos avós através dos seus netos. Como estratégia nesta aula, participaram dois professores de educação.

A aula teve como objectivo o investimento nas relações inter-geracionais de modo a evitar o isolamento e promover a ligação aos outros, estimulando as capacidades cognitivas do idoso e contribuindo para a manutenção de um estilo de vida saudável.

Consideramos esta actividade muito benéfica, pois todos os intervenientes mostraram-se muito participativos, enérgicos e alegres (Apêndice XXXIII). Fizeram-se exercícios de alongamentos e aquecimentos, seguida de uma pequena coreografia. Pretendeu-se assim, desenvolver o exercício físico e o convívio entre gerações, como factores intervenientes na qualidade de vida do idoso.

Nesta aula participaram 40 idosos e crianças.

No final da aula foram entregues brochuras informativas sobre actividade física e convívio (Apêndice XXXIV).

- Sessão de educação para a saúde aos idosos sobre hábitos de vida saudáveis e prevenção de quedas em Cebolais de Cima:

Foi realizada uma sessão de educação para a saúde aos idosos sobre hábitos de vida saudáveis e prevenção de quedas (Anexo XXXV). A sessão de educação para a saúde foi realizada pelas enfermeiras do projecto e foi feita através da projecção de diapositivos sobre o tema (Anexo XXXVI).

Foi utilizada como estratégia nesta actividade, a participação de uma fisioterapeuta. Desta forma a sessão de educação para a saúde teve uma parte prática, a qual consideramos muito importante, pois os idosos puderam observar, aprender e praticar alguns exercícios físicos adequados á sua idade e capacidade física.

No final da sessão foram distribuídos iogurtes pelos idosos, fornecidos pela Danone. Esta distribuição foi utilizada como estratégia para incentivar o consumo de alimentos saudáveis.

No final da sessão foram entregues brochuras informativas (Anexos XXXIV, XXXVII e XXXVIII) sobre os temas focados na mesma.

Esta sessão foi realizada no dia 30 de Maio e tiveram presentes 30 idosos, dos quais 22 do sexo feminino e 8 do sexo masculino e 14 crianças.

A avaliação da sessão foi feita através da entrega de uma ficha de avaliação (Anexo XXXIX) aos idosos.

- Sessão de educação para a saúde aos idosos sobre hábitos de vida saudáveis e prevenção de quedas em Lardosa:

Foi realizada uma sessão de educação para a saúde aos idosos sobre hábitos de vida saudáveis e prevenção de quedas (Anexo XL). A divulgação da mesma foi feita através de um cartaz alusivo á sessão e aos temas que seriam abordados (Anexo XLI). As sessões de educação para a saúde foram realizadas pelas enfermeiras do projecto e foi feita através da projecção de diapositivos sobre o tema (Anexo XXXVI).

Foi utilizada como estratégia nesta actividade, a participação de uma fisioterapeuta. Desta forma a sessão de educação para a saúde teve uma parte prática, a qual consideramos muito importante, pois os idosos puderam observar, aprender e praticar alguns exercícios físicos adequados á sua idade e capacidade física.

Para além da participação dos idosos, na sessão de educação para a saúde realizada na Lardosa, tiveram ainda presentes crianças que frequentam o centro social da lardosa. A participação das crianças foi utilizada como estratégia para promover o convívio intergeracional e prevenir desta forma o isolamento do idoso.

Os idosos foram incentivados a realizar exercícios simples, como caminhadas, passear com o neto ou ir busca-lo ao infantário, de forma a enfatizar a importância do exercício físico e interacção social do idoso. No final da sessão foram distribuídos iogurtes pelos idosos e crianças, fornecidos pela Danone. Esta distribuição foi utilizada como estratégia para incentivar o consumo de alimentos saudáveis.

No final da sessão foram entregues brochuras informativas (Anexos XXXIV, XXXVII e XXXVIII) sobre os temas focados na mesma.

Nesta sessão tiveram presentes 65 pessoas, 42 Idosos dos quais 2 do sexo masculino e 23 crianças.

A avaliação da sessão foi feita através da entrega de uma ficha de avaliação (Anexo XXXIX) aos idosos.

- Participação no programa de rádio da Beira interior:

Um dos objectivos ao qual me propus foi dar visibilidade á profissão de enfermagem e dar a conhecer o projecto realizado á comunidade envolvida. Uma das actividades desenvolvidas foi a participação num programa de rádio local “A saúde em questão” (92.0 FM) na rádio Beira Interior. (Anexo XLIII)

O Programa foi para o ar no dia 7 de Junho de 2011 às 19 horas e foi feita uma segunda edição no dia 10 de Junho de 2001 pelas 10 horas. Adoptamos como estratégia o envolvimento dos meios de comunicação, pois consideramos, assim como Hallam citado por Kemmer et al. (2007) que “a imagem de um grupo profissional ou profissão representada pelos meios de comunicação é frequentemente entendida como uma medida significativa do social e valor económico desse grupo”. (Kemmer, 2007: 192)

Através desta actividade demos a conhecer o projecto “Qualidade de vida/ Envelhecimento Activo”, promovemos o papel do enfermeiro especialista em saúde comunitária e a adopção de hábitos de vida saudáveis na população idosa e restante.

Esta actividade foi desenvolvida pelas enfermeiras do projecto. A gravação do programa foi feita no seguimento da sessão de educação para a saúde desenvolvida na Lardosa e na Participação no evento “ Entre Gerações” em Louriçal do Campo”:

- Outra actividade desenvolvida foi a participação no evento “ Encontro intergeracional- Louriçal do Campo”.

A actividade foi publicitada através do cartaz de divulgação do evento (Anexo XLIV) e através do facebook.

Esta actividade foi desenvolvida pelas enfermeiras do projecto e com colaboração da Junta de Freguesia de Louriçal do campo.

A divulgação dos resultados do projecto foi feita através de uma palestra efectuada na biblioteca do Louriçal, situada no mesmo recinto onde foi realizado o encontro. (Anexo XLV) e (Anexo XLVI).

A participação no encontro foi feita também através de um expositor, onde foram expostos cartazes alusivos á enfermagem. Foram igualmente distribuídas brochuras informativas relacionadas com hábitos de vida saudáveis (Anexos XIII, XVI e XVII).

- Actividades propostas e não concluídas:

Para além das actividades desenvolvidas referenciadas anteriormente, foram ainda propostas outras actividades que até ao momento não foram concluídas.

Relativamente á consulta do idoso, foi enviado requerimento ao Sr. Enfermeiro Director, ao qual não obtivemos resposta por escrito. Posteriormente foi feito contacto pessoal ao mesmo, através do qual nos foi dado um parecer positivo. No término deste relatório a consulta encontra-se ainda em fase de elaboração.

4. AVALIAÇÃO

Um projecto de planeamento em saúde culmina na fase da avaliação. Através da avaliação pretende-se fazer uma retrospecção das diversas fases do planeamento que lhe são anteriores. Esta fase permite assim uma retroacção com vista a facilitar a redefinição da análise da situação, a reelaboração dos objectivos, acção e selecção dos meios, bem como a análise dos resultados.

Para Tavares esta fase tem como função “determinar o grau de sucesso na consecução de um objectivo, mediante a elaboração de um julgamento consiste baseada em critérios e armas” e “faz uma confrontação entre objectivos e estratégias, ao nível da adequação” (Tavares, 1990: 205)

Neste contexto, esta fase representa o momento em que todo o grupo de trabalho faz o balanço dos pontos positivos e do que falhou em todo o processo e se necessário, terá que se iniciar de novo o planeamento. Imperatori menciona “Avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar.” (Imperatori:1993: 173) O balanço do projecto é feito através critérios e normas, como por exemplo indicadores.

Desde há muito que para o sector da saúde têm sido elaborados planos visando uma melhoria no estado de saúde da população, expressa através de indicadores, numa primeira fase, de mortalidade e de morbilidade e, posteriormente, também mediante indicadores que sejam demonstrativos de qualidade de vida, avaliada através de aspectos relacionados com a alimentação, hábitos de vida saudáveis ou meio ambiente. (Brissos, 2004)

Segundo Imperatori os dois tipos de indicadores mais utilizados na avaliação são: os que medem o estado de saúde, chamados de indicadores de impacto ou resultado, referindo-se a avaliações externas, por exemplo, taxas de mortalidade ou morbilidade. Estes tipos de indicadores de saúde não se conseguem avaliar a curto e ou médio prazo, no entanto, considero que através da nossa intervenção contribuímos para melhorar a qualidade de vida dos idosos e consequentemente aumentar os níveis de saúde dos mesmos.

Os indicadores de actividade e ou execução medem a prestação de cuidados de saúde, referindo-se a avaliações internas. (Imperatori, 1993)

Perante os objectivos específicos delineados no projecto de estágio, considero que os objectivos “Identificar a percepção da qualidade de vida e de saúde dos idosos”, “Identificar as limitações funcionais a nível físico, psicológico e social que dificultam a autonomia em actividades de vida diária levando á dependência dos idosos”, “Identificar factores de risco consideráveis à perda de autonomia dos idosos” e “Identificar necessidades de cuidados de enfermagem dos idosos” até ao final de Março de 2011” não foram totalmente atingidos, inicialmente tinha proposto como indicador de avaliação que 30% dos idosos com mais de 65 anos que constituem a população respondessem ao questionário e apenas 255 (23,1%) dos 1100 responderam ao mesmo. Não foi igualmente atingido, o indicador contactar 30 % dos idosos que vivem sozinhos, referente ao objectivo “Identificar factores de risco consideráveis à perda de autonomia dos idosos”.

Relativamente ao objectivo “ Desenvolver actividades no âmbito do envelhecimento saudável, de acordo com as necessidades identificadas dos idosos, até ao final de Maio de 2011”, considero que o mesmo não foi totalmente atingido, inicialmente tínhamos como indicador de avaliação realizar 1 sessão de educação para a saúde em cada freguesia do estudo e apenas foram realizadas sessões de educação em duas freguesias.

Relativamente às actividades desenvolvidas e de acordo com os objectivos gerais, que propus após a elaboração do diagnóstico de saúde e determinação dos principais problemas de saúde dos idosos que participaram no estudo:

“Promover a Qualidade de vida/ Envelhecimento Activo em 10%, dos idosos com mais de 65 anos, inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 da ULS de Castelo Branco, no período de 14 de Fevereiro até Junho de 2011.”

Considero que este objectivo foi alcançado através das actividades que foram desenvolvidas. Como indicadores de avaliação deste objectivo há a referir os seguintes:

- Até Junho de 2011 participaram 112 idosos, o que corresponde a uma percentagem de 43, 9% da amostra de idosos, nas sessões de educação para a saúde sobre actividade física, alimentação saudável e prevenção de acidentes, o que ultrapassa os 10% a que me propus inicialmente. Participaram ainda nestas sessões 37 crianças, o que considero uma mais-valia para a motivação e envolvimento dos idosos.
- Até Junho de 2011 foram distribuídos brochuras informativas sobre os temas abordados nas sessões de educação para a saúde a 43,9% dos idosos, que participaram nas sessões e no evento encontro “Entre Gerações” em Lourical do campo, o que ultrapassa igualmente os 10 % inicialmente propostos.

- Até Junho de 2011, 25,5% dos idosos que participaram no estudo, participaram numa aula de educação física, o que ultrapassa os 10% a que nos propusemos inicialmente.
- Até Junho de 2011, 25,5% dos idosos que participaram no estudo, participaram numa actividade lúdica: aula de educação física em conjunto com crianças, o que promoveu a participação social do idoso, o que ultrapassa os 10% propostos inicialmente.

Relativamente á avaliação das actividades realizadas, considero que foram pertinentes, pois através das mesmas, conseguimos ir de encontro aos problemas expressos pelos idosos, determinantes da sua qualidade de vida. Foi transmitida informação e exemplos práticos de pequenas coisas, como caminhadas, passear e conviver com os netos, ingestão de alimentos saudáveis, que podem fazer grandes diferenças e providenciar um envelhecimento activo com qualidade de vida. O facto de ter participado um professor de educação física e Fisioterapeuta tornou-se uma mais-valia para o sucesso das actividades desenvolvidas.

Os idosos mostraram-se muito receptivos, participaram entusiasticamente. A avaliação das actividades pelos idosos foi feita através de um questionário de avaliação (Anexo XVIII) da seguinte forma:

Na aula de educação física no infantário de Cebolais de cima participaram 30 idosos, a avaliação desta aula foi feita através do questionário (Anexo XVIII) referenciado anteriormente e da análise do mesmo concluí-se que para 9 idosos (30%) a avaliação geral da sessão de educação foi boa e os restantes 21 idosos (70%) consideraram a sessão muito boa.

Quanto à pertinência dos temas abordados, 10 idosos (33%) responderam que foi boa, e 19 idosos (63%) responderam que foram muito bem abordados, houve apenas 1 idoso (3%) que considerou a abordagem dos temas suficiente.

Relativamente à utilidade dos conteúdos abordados na sua vida diária, 22 idosos (73%) responderam que têm uma boa utilidade e 8 idosos (27%) responderam que têm muito boa utilidade. Os objectivos a que me tinha proposto foram atingidos.

A avaliação feita á Sessão de educação para a saúde aos idosos sobre hábitos de vida saudáveis e prevenção de quedas em Cebolais de Cima deu-se através do mesmo questionário de satisfação (Anexo XVIII) aos 33 idosos que nela participaram. 15 Idosos (45%) responderam que a avaliação geral da sessão de educação foi boa e os restantes 18 idosos (55%) responderam que foi muito boa.

Quanto à pertinência dos temas abordados, 13 idosos (39%) responderam que foi boa, e 20 idosos (61%) responderam que foram muito bem abordados.

Relativamente à utilidade dos conteúdos abordados na sua vida diária, 10 idosos (30%) responderam que têm uma boa utilidade e 23 idosos (70%) responderam que têm muito boa utilidade. Assim os objectivos a que me tinha proposto foram atingidos.

A avaliação feita á Sessão de educação para a saúde aos idosos sobre hábitos de vida saudáveis e prevenção de quedas na Lardosa foi realizada através do preenchimento do questionário de satisfação (Anexo XVIII) dos 42 idosos que nela participaram, 14 idosos (33%) responderam que a avaliação geral da sessão de educação foi boa e os restantes 28 idosos (67%) responderam que foi muito boa.

Quanto à pertinência dos temas abordados, 16 idosos (38%) responderam que foi boa e 26 idosos (62%) responderam que foram muito bem abordados. Relativamente à utilidade dos conteúdos abordados na sua vida diária, 20 idosos (48%) responderam que têm uma boa utilidade e 22 idosos (52%) responderam que têm muito boa utilidade.

Pelo que anteriormente foi referido, considero que o objectivo proposto no projecto de estágio “Avaliar a satisfação dos idosos face à pertinência das actividades desenvolvidas, no âmbito do envelhecimento saudável, até ao final de Junho de 2011” foi totalmente atingido, através da aplicação dos questionários a todas as actividades realizadas. Outro indicador de avaliação deste objectivo era que 80% dos questionários preenchidos fosse com grau de satisfação, o que foi atingido plenamente, uma vez que, dos 105 idosos (100%) que participaram nas sessões de educação para a Saúde, apenas 1 idoso (0,9%) preencheu o questionário com grau de satisfação suficiente.

Relativamente ao objectivo geral “ Dar visibilidade do papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na promoção do envelhecimento saudável no idoso, aos idosos com mais de 65 anos, inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 da ULS e á comunidade onde se inserem, no período de 14 de Fevereiro até Junho de 2011”, considero que o mesmo foi atingido através dos seguintes indicadores:

- Divulgação dos resultados do nosso estudo aos idosos e comunidade através da conferência realizada no “ Encontro Intergeracional em Louriçal do Campo” e através da participação no programa de rádio “ A saúde em Questão”.

Relativamente á consulta do idoso que propusemos implementar, considero que não foi um objectivo totalmente alcançado, pois na data de término deste relatório, ainda se encontra em fase de elaboração.

Por último considero que através da realização deste trabalho adquiri competências específicas do enfermeiro especialista em saúde comunitária e de saúde pública pois

estabeleci com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde da comunidade estudada.

A comunidade ficou atenta e informada sobre o que é envelhecer activamente, com qualidade de vida. No caso concreto da promoção do envelhecimento Saudável, apesar de as intervenções terem sido apenas alguns idosos, os conjugues, familiares serão afectados no sentido em que se os idosos adoptarem hábitos de vida saudáveis toda a família será afectada de alguma forma, mesmo que seja mínima, nomeadamente a nível da alimentação saudável.

A comunidade ficou alerta e informada relativamente aos principais problemas que poderão afectar a qualidade de vida do idoso, assim como, da importância da adopção de hábitos de vida na prevenção de doenças e promoção da saúde dos idosos e comunidade em geral. Desta forma, foi feito um esforço para erradicar velhos hábitos enraizados e mudar outros, porque ao contrário daquilo que muitas vezes se possa pensar nunca é tarde para aprender e mudar.

No decorrer deste trabalho todas as actividades desenvolvidas foram baseadas em programas de saúde de âmbito comunitário e indo de encontro aos objectivos do plano nacional de saúde.

Através de todas as acções foi dada visibilidade ao papel do enfermeiro, a trabalhar com e para a comunidade.

De modo a verificar ganhos em saúde, uma das recomendações é voltar a realizar o diagnóstico de situação à mesma população em Março de 2012 e comparar com os dados deste trabalho. Como refere Imperatori “A dificuldade existente na medição directa da saúde é grande.” (Imperatori, 1993: 179).

É necessário haver continuidade neste tipo de intervenções e perceber quais as causas que interferem nas mudanças dos comportamentos. Repensar novas estratégias e actividades e perceber quais as maiores dificuldades dos idosos em melhorarem os hábitos de vida.

Educar para a saúde implica ensinar novos hábitos de vida e mudar outros.

5. CONCLUSÃO

Segundo Collière “é necessário que os conhecimentos utilizados por uma profissão constituam um património, que gerem outros conhecimentos e sirvam de alicerces permanentes a toda uma evolução profissional”. (Collière,1999:260).

A realização do estágio e a elaboração do presente relatório constituíram momentos de aprendizagem ricos e bastante positivos, proporcionando uma experiência interessante, gratificante e enriquecedora tanto a nível pessoal como a nível profissional.

Estima-se que em 2050, 32% da população mundial sejam idosos. Envelhecer com qualidade de vida constitui actualmente o grande desafio para a sociedade. Ao longo do estágio consegui identificar as necessidades gerais de saúde da comunidade através do questionário aplicado em que foi feito o apuramento sócio-demográfico da população e factores determinantes da QV dos mesmos.

Foram realizadas actividades de forma a fomentar mudanças de comportamento efectivas relativamente á aquisição de hábitos de vida saudáveis, tendo como referencial teórico Nola Pender e o seu modelo de promoção da saúde. O modelo de promoção de saúde contribui com uma solução de enfermagem para a política de saúde e para a reforma dos cuidados de saúde facilitando assim um instrumento para compreender como os intervenientes podem ser motivados a atingir melhores níveis de saúde.

Através da elaboração deste estudo, acredito que apesar da idade, nunca é tarde para mudar e aprender. Quando emoções ou apresentações positivas estão associadas a um comportamento, a probabilidade de compromisso e a acção aumentam. Foi neste sentido que foi organizada uma aula de educação física em conjunto com crianças, alguns netos dos idosos. Todos os idosos participaram entusiasticamente e ficaram motivadas para continuar a desempenhar pequenos actos e tarefas que lhe podem trazer grandes benefícios.

Mudar hábitos enraizados e adquiridos é muito difícil e a própria pessoa tem de se sentir motivada e considerar que os benefícios são vantajosos. As pessoas valorizam o crescimento em direcções entendidas como benéficas e tentam atingir um equilíbrio pessoalmente aceitável entre mudança e estabilidade. As pessoas comprometem-se a ter comportamentos dos quais antecipam benefícios. Quanto maior o compromisso com um plano de acção

específico, maior a probabilidade de se manterem comportamentos de promoção da saúde ao longo do tempo.

Considero ter contribuído para a promoção do envelhecimento saudável da população estudada, o que deve constituir uma prioridade em termos de saúde pública. Torna-se essencial sensibilizar idosos e comunidade em geral para gerirem as suas escolhas comportamentais de forma a alcançarem melhores níveis de saúde.

Relativamente aos objectivos pessoais que pretendi atingir, considero que este relatório contribuiu para desenvolver competências como enfermeira especialista de saúde comunitária, pois estabeleci com base na metodologia do Planeamento em Saúde a avaliação do estado de saúde de um grupo da comunidade e contribuí para o processo de capacitação dos idosos a adquirirem estilos de vida mais saudáveis.

No entanto, pretendo que haja continuidade deste trabalho e que se proceda à avaliação de ganhos em saúde daqui a um ano.

A vida é um ensinamento constante. Assim, informar sobre hábitos de vida saudáveis, pode fazer a diferença de um futuro pleno, preenchido de qualidade de vida.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agree, M. E. & Freedman, A. V. (2001). *Implicações do envelhecimento da população para a saúde geriátrica*. In: *Assistência ao idoso: Aspectos clínicos do envelhecimento* (p. 494-501). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Almeida, M. (1999). *Cuidar o idoso: relações da prática de enfermagem*. In *O Idoso: problemas e realidades*. Coimbra: Formasau, 63-92.
- Assis, M. (2004). *Promoção da Saúde e Envelhecimento: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UNTAI / UERJ*. Tese de doutoramento apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. Rio de Janeiro.
- Bastos, M. L. (2000). *Contributo da Enfermagem para a Promoção da Saúde da População*. Sub-Região de Saúde de Lisboa e Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Rezende. Lisboa.
- Berger, M. E. L. (1995). *Beber e comer*. In Berger, M. E. L. & Mailloux- Poirier, M. S. I. D. (1995). *Pessoas Idosas, Uma Abordagem Global*. (1ª edição: 215- 257). Lisboa: Lusodidacta.
- Berger, M. E. L. (1995). *Evitar os perigos*. In Berger, M. E. L. & Mailloux- Poirier, M. S. I. D. (1995). *Pessoas Idosas, Uma Abordagem Global*. (1ª edição: 379-438). Lisboa: Lusodidacta.
- Blazer, D. (1992). *Distúrbios afectivos no idoso*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brissos, A. M. (2004, Janeiro/ Junho). *O planeamento no contexto da imprevisibilidade: algumas reflexões relativas ao sector da saúde*. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*. Nº 22, 43-55.
- Cabral-Pinto et al. (2006), *Revista Universidade Sénior Contemporânea*. Revista Transdisciplinar de Gerontologia. Vol. I II. Nº 1, 141.
- Cabete, D.G. (2005). *O Idoso, a Doença e o Hospital: O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures: Lusociência.

- Canavarro, M.C. (2010). *Qualidade de vida: Significados e Níveis de Análise*. In Canavarro, M.C. & Serra, A.V. (2010). *Qualidade de vida e saúde. Uma abordagem na perspectiva da OMS*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Carrilho, M.J. & Patrício, L. (2009) - *A Situação Demográfica Recente em Portugal*. Revista Estudos Demográficos. n.º 48. Lisboa.
- Castilho, A.R.F. (2010) – *Envelhecimento Activo/ Envelhecimento Saudável. Opinião dos idosos do Concelho de Viana do Castelo*. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências da Saúde/Escola Superior de saúde. Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de licenciada em Enfermagem. Porto. Acedido em 4 de Dezembro de 2011
http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1498/1/Mono_AnaCastilho.pdf
- Collière, M. – *Promover a Vida – Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa. Lidel, Edições Técnicas, 1999. ISBN 972-757-109-3
- Costa, M.A.; Agreda, J.J.; Ermida, J.G.; Cordeiro, M.P.; Almeida, M.L.; Cabete, D.G. *et al* (1999). *O Idoso- Problemas e Realidades*. Coimbra: FORMASAU- Formação e Saúde. 1ª edição.
- Costa, M. (2002). *Cuidar idosos: formação, praticas e competências dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau. 24-7
- Estrela, E. et al, *Saber Escrever, saber falar*. 6ªed, Lisboa: D. Quixote, 2008. ISBN 978-972-20-3173-8.
- Fernández-Ballesteros, R., (2002). *Envejecer bien. Qué es y como lograrlo?* Madrid: Pirâmide.
- Fernandes, A. (2007). Demografia- Determinantes da mortalidade e da longevidade: Portugal numa perspectiva europeia (EU15, 1991-2001). *Análise social: revista do instituto de ciências sociais da universidade de Lisboa*. Lisboa. Nº 183, p.419-443.
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação - Da concepção à realização*. Loures. Lusociência- Edições Técnicas e Científicas.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa. Climepsi Editores.
- Franco, I., & Costa, L. (2001, Dezembro). *Níveis de dependência dos idosos*. Nursing - Revista de Formação Contínua em Enfermagem. Nº 161, 21-25.
- Guedes, D. P.& Guedes, J.E. (1995). *Exercício na promoção da saúde*. Londrina. Midiograf.

- Instituto de Segurança Social [ISS] (2010). *Guia Prático: Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas*. Lisboa: Segurança Social. Acedido a 14 de Dezembro de 2010 em http://www1.seg-social.pt/preview_documentos.asp?r=22899&m=PDF
- Imperatori, E; Giraldes, M. R. (1982) – *Metodologia do Planeamento da Saúde*. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. Obras Avulsas. Lisboa.
- INE (2008). *Estimativas Anuais da População Residente*.
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2002, Novembro). *O Envelhecimento em Portugal: situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas*. In Revista de Estudos demográficos (vol nº 32). Lisboa: INE, I.P.185-208.
- Kemmer L.F., Silva M. J. P. (2007). *A visibilidade do enfermeiro segundo a percepção de profissionais de comunicação*. In Revista Latino-Americana de Enfermagem vol.15 no.2 Mar/Apr. (p.191-198). ISSN 0104-1169, consultado em 21-1-2012 <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/v15n2a02.pdf>
- Laverack, G. (2008). *Promoção de Saúde. Poder e Empoderamento*. Loures: Lusodidacta ISBN 978-989-8075-09-3
- Leite, E.; Malpique, M.; Santos, M. R. (1989). *Trabalho de projecto: 1- Aprender por objectivos centrados nos problemas*. 2ª Edição. Porto: Edições Afrontamento.
- Lopes, V.P., Maia, J.A., Oliveira, M.M., Seabra, A. & Garganta, R. (2003, Janeiro-Fevereiro). *Caracterização da Actividade Física Habitual em Adolescentes de Ambos os Sexos Através de Acelerometria e Pedometria*. Revista Paulista de Educação Física. V. 17/ Nº1. 51 – 63.
- Machado, C. S. M.; Aragão, Q. F.; Volpe, C. R. G.; Alcantara, V. C. S. (2008, Jan./ Abr.) *Qualidade de vida das pessoas que realizam actividade física em Centro de saúde*. Revista Electrónica de Enfermagem do UNIEURO REEUNI. Brasília, v.1, n.1, p. 34-50.
- Machado, M.M.P., (2009). Adesão ao Regime Terapêutico: Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros. Consultado em 16.12.2011.
- Malcate, F. (2003). *O idoso, a nutrição e a sociedade: considerações sobre a quantidade e qualidade de vida*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Ministério da Saúde [MS] (2003). *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida*. In Direcção Geral da Saúde. Acedido a 11 de Dezembro de 2010 em http://static.publico.pt/docs/pesoemedida/DGS_Programa_Nacional_Intervencao_Integrada_Determinantes_Saude_Relacionados_Estilos_Vida_2003.pdf;

- Moniz, J. M. N., (2003). *A Enfermagem e a pessoa idosa: a prática de cuidados como experiência formativa*. Loures. Lusociência
- Moura C. (2006). *Século do envelhecimento*. Loures, lusociencia
- Nakamura, E. K. K. (2005). *A enfermagem e o cuidado para com os idosos*. Revista Coren+PR. N.º 3. Segundo Semestre. pp. 04-09. Acedido dia 06 de Novembro de 2010 em <http://www.corenpr.org.br/publicacoes/revista/03revistacorenpr.pdf>
- Ogden, J. (2004) – *Psicologia da Saúde* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Oliveira, J. (2005). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso* (2ª Edição). Porto: Legis Editora
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (1986) *Carta de Ottawa para a promoção da saúde*. I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Genève.
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (1994). *La protection de la santé des personnes âgées*, pág. 111 –127. Acedido a 29 de Dezembro de 2010 em <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/7258/2/Tese%20Mestrado%20Ivone.pdf>
- Organização Mundial da Saúde [OMS] (1998). *Life in the 21st Century: A Vision for All* (Relatório Mundial de Saúde). Genebra.
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (1998). Versão em Português dos Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL), Divisão de Saúde Mental. Grupo WHOQOL. Acedido a 3 de Março de 2011 em <http://www.whoqol.org/>
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2002) - *Envelhecimento activo: uma política de saúde*. Acedido a 21 de Dezembro de 2010 em http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2007), Individualização das Especialidades em Enfermagem. Acedido a 16 de Fevereiro de 2011 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/MDPIndividualizacaoEspecialidades.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros, (2011). “*Os Enfermeiros e...O Planeamento em Saúde*”: Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária -ESEnf.PD. Consultado a 1.02.2012 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoress/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeiroseOplaneamentoemsaude.aspx>

- Paschoal, S. (1996). *Qualidade de vida na velhice*. In Portal do Envelhecimento. Acedido a 20 de Dezembro de 2010 em <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/acervo/pforum/eqvspp4.htm>
- Páscoa, P. M. G. (2008). *A importancia do envelhecimento activo na saúde do idoso*. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências da Saúde/Escola Superior de saúde. Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de licenciado em Enfermagem. Porto. pp. 42-43. Acedido em 4 de Dezembro de 2010 em <http://www.rutis.pt/documentos/conteudos/AimportanciadoExercEnvelheiActivo.pdf>
- Paúl, C., Fonseca A.M. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi
- Paulo, R. M. D. (2010). *Efeitos da actividade física não formal na capacidade e no índice de massa corporal, da população idosa*. Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco, com vista à obtenção do grau de Mestre em Actividade Física, na Especialidade de Gerontomotricidade.
- Pender, N., Murdaugh, C., Parsons, M. A. (2011) *Health Promotion in Nursing Practice* (6a ed.). New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Poirier, D. M.; (1995). *As teorias do Envelhecimento*. In Berger, M. E. L. & Mailloux-Poirier, M. S. I. D. (1995). *Pessoas Idosas, Uma Abordagem Global*. (1ª edição: 99-122). Lisboa: Lusodidacta.
- Poirier, D. M.; (1995). *Mover-se e manter uma boa postura*. In Berger, M. E. L. & Mailloux-Poirier, M. S. I. D. (1995). *Pessoas Idosas, Uma Abordagem Global*. (1ª edição: 285-315). Lisboa: Lusodidacta.
- Polícia de Segurança Pública [PSP] (sded). Programa especial: Idosos em Segurança. In *Polícia de Segurança Pública*. Acedido a 10 de Dezembro de 2010 em <http://www.psp.pt/Pages/programasespeciais/apoio65.aspx?menu=6>
- Portugal, Direcção-Geral de Saúde (2004). Circular Normativa N.º: 13/DGCG de 2 de Julho: *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. 1-20.
- Portugal, Ministério da Saúde – Direcção-Geral da Saúde (2004a). *Plano nacional de saúde 2004/2010: Volume I – Prioridades*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Portugal, Ministério da Saúde – Direcção-Geral de Saúde (2008). *Envelhecer com sabedoria - Actividade física para manter a independência*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde;
- Portugal, Ministério da Saúde – Direcção-Geral de Saúde (2008). *Envelhecimento Saudável*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

- Portugal, Ministério da Saúde – Direcção-Geral de Saúde (2008). *Envelhecer com sabedoria – Alimentar-se melhor para manter a sua saúde e independência*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde;
- Portugal, Ministério da Saúde – Direcção-Geral de Saúde (2008). *Prevenção de Acidentes Domésticos com Pessoas Idosas*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde;
- Quedinho, A.P; Tavares, M.F. (2010) - *Centro de excelência em gestão de políticas públicas para o envelhecimento ativo: um modelo de inovação para o município do rio de Janeiro*. Acedido a 20 de Janeiro 2011:
[http://portal.crie.coppe.ufrj.br/portal/data/documents/storedDocuments/%7B93787CAE-E94C-45C7-992B-9403F6F40836%7D/%7B162F5717-174D-472D8B90EA61FB4AF58E%7D/RJ19_Projeto03%20\(Marcia%20e%20Alexandre\).pdf](http://portal.crie.coppe.ufrj.br/portal/data/documents/storedDocuments/%7B93787CAE-E94C-45C7-992B-9403F6F40836%7D/%7B162F5717-174D-472D8B90EA61FB4AF58E%7D/RJ19_Projeto03%20(Marcia%20e%20Alexandre).pdf)
- Ramos, H., (2001). *Qualidade de vida e envelhecimento*. In Renaud, M. et al. *Novos desafios à bioética*. Porto: Porto Editora.
- Regulamento n.º 128/2011. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*, Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011
- Ruivo, M.A; & Ferrito, C. (2010, Janeiro-Março). Metodologia de Projecto: Colectanea descritiva de etapas. *Revista Percursos*. Nº 15, 1-38.
- Santos, P. F. C.(2000). “A depressão no idoso”. Coimbra. Editora Quarteto.
- Santos, S.S.C.; Barlem E. L. D.; Silva, M. E. C.; Lunardi V. L. (2008) *Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogeriatrica*. Acedido em 15 Janeiro de 2012 em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/a18v21n4.pdf>
- Silva, S. & Serrão, C. (2009, Junho/ Dezembro). *Terceira Idade, Educação e Qualidade de vida*. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia, Universidade Sénior Contemporânea*. Nº 1, 26-31.
- Soresen & Luckman (1998). *Da meia idade á velhice*. In enfermagem Fundamental - Abordagem Psicofisiologica. 1.ª Edição. 281-304. Lisboa. Lusodidacta.
- Soresen & Luckman (1998). *Características das pessoas a quem os enfermeiros prestam cuidados*. In enfermagem Fundamental - Abordagem Psicofisiologica. 1.ª Edição. p. 308- 327. Lisboa. Lusodidacta.
- Soresen & Luckman (1998). *Promoção da Saúde na Comunidade*. In enfermagem Fundamental - Abordagem Psicofisiologica. 1.ª Edição. P. 427-449. Lisboa. Lusodidacta.
- Sobreira, N. R. (1981) *Enfermagem Comunitária*. Rio de Janeiro: Editora Interamericana Ltd.

- Stanhope, & Lancaster. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. Lisboa: Lusociência.
- Tavares, A., (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Ministério da Saúde. Cadernos de formação. nº2, 210- 211.
- Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra*. 5a edição. Loures. Lusociência.
- Tosta, A. C. (2008). *Atenção ao idoso: papel da enfermagem parte I*. Acedido em 23 de Novembro de 2010 em <http://www.medicinageriatrica.com.br/2008/05/05/atencao-ao-idoso-papel-da-enfermagem-parte-1/>
- Victor, J. F.; Lopes, M. V. M. & Ximenes, L.M. (2005). *Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola Pender*. Acedido em 24 de Outubro de 2011 em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a02v18n3.pdf>

APÊNDICES

APÊNDICE I

(Projecto de Estágio)



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

1.º Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária

Prof. Doutora Filomena Martins
Prof. Doutor Mário Martins

PROJECTO DE ESTÁGIO

Ana Luísa Martins

Fevereiro
2011

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

1.º Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária

Prof. Doutora Filomena Martins

Prof. Doutor Mário Martins

PROJECTO DE ESTÁGIO

Ana Luísa Martins

Fevereiro
2011

Abreviaturas

DGS-Direcção Geral de Saúde

INE-Instituto Nacional de Estatística

OMS-Organização Mundial de Saúde

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS - Unidade Local de Saúde

WHOQOL-BREF - World Health Organization instrument to evaluate quality of life

Bref

WHOQOL-OLD - Health Organization instrument to evaluate quality of life the Old

Índice

| | |
|--|----|
| INTRODUÇÃO..... | 4 |
| 1 JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO..... | 7 |
| 2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO | 11 |
| 3 METODOLOGIA..... | 13 |
| 4 MODELO DE AVALIAÇÃO..... | 15 |
| 5 PLANO DE ESTUDOS | 16 |
| BIBLIOGRAFIA | |

7. INTRODUÇÃO

No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária foi-me solicitado a elaboração de um Projecto de Estágio, de modo a proporcionar o desenvolvimento e aquisição de competências na área da Enfermagem Comunitária e a servir de elemento orientador do percurso do mesmo.

O projecto de estágio surge neste contexto, como um esboço daquilo que pretendo fazer, de acordo com as minhas expectativas e ambições, de forma a evidenciar um campo de conhecimentos que fui adquirindo no decorrer do curso, demonstrando a sua aplicabilidade na prática, assim como, fazer uma análise crítica e auto reflexa das mesmas.

Assim, a minha intervenção irá dirigir-se aos idosos inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados [UCSP] 2 de Castelo Branco.

O estágio está previsto para o período compreendido entre 14 de Fevereiro a 30 de Junho de 2011, irá incidir na área da promoção do Envelhecimento Saudável/ Qualidade de Vida do Idoso e culminará com a elaboração do relatório do mesmo.

A Opção por esta temática, surge como resposta à proposta do plano de estudos e com o facto de querer saber mais sobre esta fase do ciclo vital, tentando perceber de que forma os idosos percebem a sua qualidade de vida. Considero que realização de um projecto, que tem como objectivo promover intervenções na área da saúde comunitária, direccionadas para o tema Envelhecimento Saudável/ Qualidade de Vida faz todo o sentido, tendo em conta que o envelhecimento populacional é actualmente uma realidade no nosso país, assim como em todo o mundo.

Envelhecer tornou-se um fenómeno relevante do século XXI nas sociedades desenvolvidas devido às suas implicações na esfera socio-económica, para além das modificações que se reflectem a nível individual e em novos estilos de vida.

Pretendo com este Projecto de Estágio de Intervenção Comunitária, contribuir para a implementação de estratégias de Promoção de Saúde na comunidade idosa, e promover um envelhecimento saudável para melhor qualidade de vida. Com as actividades a desenvolver espero contribuir igualmente para a visibilidade da Enfermagem.

Estando ainda a decorrer a minha formação especializada pretendo, ao longo dela, adquirir competências que me permitam participar na avaliação multicausal e nos

processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projectos de intervenção (Regulamento n.º 128/2011).

Este é efectivamente o principal objectivo do estágio, mas, para minha orientação decidi basear-me naquelas que são as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

Nomeadamente, a primeira competência define que o enfermeiro “estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade” por conseguinte “identifica as necessidades em saúde de grupos ou de uma comunidade”. (Regulamento n.º 128/2011)

Orientada pelas permissas deste documento defini então os objectivos para o meu estágio de intervenção comunitária:

Objectivo geral nº 1:

- Contribuir para um envelhecimento saudável dos idosos inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 de Castelo Branco;

Objectivos específicos:

- Identificar a percepção da qualidade de vida e de saúde dos idosos, até ao final de Março de 2011;
- Identificar as limitações funcionais a nível físico, psicológico e social que dificultam a autonomia em actividades de vida diária levando à dependência dos idosos, até ao final de Março de 2011;
- Identificar factores de risco consideráveis à perda de autonomia dos idosos, até ao final de Março de 2011;
- Identificar necessidades de cuidados de Enfermagem dos idosos, até ao final de Março de 2011;
- Desenvolver actividades no âmbito do envelhecimento saudável, de acordo com as necessidades identificadas dos idosos até ao final de Maio de 2011;

- Avaliar a satisfação dos idosos face à pertinência das actividades desenvolvidas, no âmbito do envelhecimento saudável, até ao final de Junho de 2011;

Objectivo geral nº 2:

- Promover o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária junto dos idosos.

Objectivo específico:

- Dar visibilidade à intervenção comunitária do Enfermeiro Especialista junto dos idosos, até ao final de Junho de 2011.

Objectivo geral nº 3:

- Estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde dos idosos.

Objectivo específico:

- Proceder à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade até ao final de Março de 2011.

É com base no Código Deontológico dos Enfermeiros, art. 88 referente à excelência do exercício, que na sua alínea c) nos orienta para “manter a actualização contínua dos (...) conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada das ciências humanas”, que me proponho a desenvolver este estágio com profissionalismo e tendo sempre como suporte uma conduta responsável e ética, através da qual o respeito pelos direitos e interesses dos cidadãos represente sempre uma prioridade.

Este projecto é constituído por, identificação do projecto, pela sua justificação, objectivos e caracterização do local de estágio. Segue-se a descrição da metodologia, modelo de avaliação e plano de trabalhos. Para finalizar apresento a bibliografia referenciada ao longo do corpo do trabalho.

8. JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Nos últimos anos temos observado um crescente aumento da população idosa. Na origem deste fenómeno, estão progressos que se verificaram pelo desenvolvimento em geral e especialmente na área das ciências da saúde e que contribuíram de forma manifesta para um aumento da esperança de vida e consequentemente causaram alterações significativas a nível da saúde pública.

Portugal partilha actualmente, da realidade demográfica que se verifica mundialmente, caracterizada pelo aumento da população idosa. Segundo o INE:

“Entre 1960 e 2001 o fenómeno do envelhecimento demográfico traduziu-se por um decréscimo de cerca de 36% na população jovem e um incremento de 140% da população idosos (...) Em valores absolutos, a população idosa aumentou quase um milhão de indivíduos, passando de 708570, em 1960, para 1 702 120, em 2001.” (INE, 2009:3)

Em Portugal verifica-se um índice de envelhecimento de 116,5% em 2009 (PORDATA, 2011), sendo no entanto mais evidente em determinadas zonas do país e, o distrito onde exercemos funções é disso exemplo sendo mesmo um dos mais envelhecidos com um índice de envelhecimento 177,4% (INE, 2009).

O envelhecimento da população constitui assim, simultaneamente um dos maiores triunfos da humanidade e também um dos grandes desafios para as famílias, governos e sociedade em geral. Neste contexto, a DGS enfatiza que “Envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível, constitui, assim, hoje, um desafio à responsabilidade individual e colectiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países” (DGS, 2004: 5).

Ao integrar uma equipa multidisciplinar de saúde, em que maioritariamente cuidamos de idosos, muitas são as vivências, que me vão ajustando, sensibilizando e motivando para o desenvolvimento de competências profissionais, pessoais, científicas, éticas e culturais no caminho da melhoria da qualidade dos cuidados que presto ao idoso/família no seu processo e gestão de doença.

Os idosos representam actualmente, o grupo populacional maior consumidor de cuidados de saúde, tanto pela vulnerabilidade inerente ao processo de envelhecimento, como pelos inadequados mecanismos de suporte existencial e social.

Para Moniz “o processo de envelhecimento constrói-se de forma progressiva desde o nascimento, e que a formação da identidade dura toda a vida, (...) vai exigindo

aprendizagens, adaptações, participações e eventualmente ajudas.” (Moniz, 2003:50). É neste contexto que os cuidados de enfermagem assumem primordial importância. Cuidar pessoas idosas deve ter como propósito ajudá-las a utilizarem ao máximo as suas capacidades funcionais. Atingir e manter o melhor estado possível de saúde e bem-estar, surge como objectivo final. Desta forma, o ensino e a motivação ao auto-cuidado, mediante a execução, a prática e o treino, de forma a torná-los o mais independentes possível, devem fazer parte dos cuidados de enfermagem.

Saber cuidar e intervir junto da população idosa, como imperativo global da saúde e da formação, tem vindo a constituir-se num campo de reflexão emergente; o papel e as práticas dos profissionais do terreno (a par de medidas no âmbito das políticas de saúde) têm-se situado no centro de um debate inevitável, fazendo apelo a novos modos de agir e ver a população idosa. (Costa, 2002) Torna-se necessário diagnosticar os problemas inerentes a esta temática de forma a prestar cuidados de modo adequado e eficaz.

Para além deste motivo e em concordância com Collière “É necessário que os conhecimentos utilizados por uma profissão constituam um património, que gerem outros conhecimentos e sirvam de alicerces permanentes a toda uma evolução profissional”. (Collière, 1999:260). Assim, encaro a aprendizagem indispensável ao meu constante crescimento pessoal e profissional, face à realidade com que me deparo diariamente e me incentiva a um desempenho cada vez mais consciente e diferenciado para a promoção e defesa de cuidados de enfermagem a prestar à população.

Por outro lado encontro fundamento naquele que é o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros que ao definir que “os enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral”. (1996)

No mesmo documento refere que “os enfermeiros contribuem no exercício da sua actividade na área...da investigação para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem...participando na avaliação das necessidades da população e dos recursos existentes em matéria de enfermagem...”

Segundo a proposta do Regulamento das competências Comuns do Enfermeiro Especialista aprovado pela Ordem dos Enfermeiros a 29 de Maio de 2010 e publicado em Diário da República a 18 de Fevereiro de 2011 “o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo – alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção.” (Regulamento n.º 128/2011)

Por outro lado a proposta do Regulamento das competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária aprovado pela Ordem dos Enfermeiros a 29 de Maio

de 2010 e publicado em Diário da República a 18 de Fevereiro de 2011 considera que “a enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade”. (Regulamento n.º 128/2011)

Segundo o Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de Setembro no artigo 9º alínea b cabe ao enfermeiro realizar intervenções de enfermagem requeridas pelo indivíduo, família e comunidade, no âmbito da promoção de saúde, da prevenção da doença, do tratamento, da reabilitação e da adaptação funcional. Esta função aponta claramente para a realização de actividades de Educação para a Saúde. Assim, todo o enfermeiro é, por inerência das suas funções, um educador para a saúde, já que cuidar é também ensinar, uma das componentes do processo de educar.

A educação para a saúde constitui assim, uma parte essencial da enfermagem comunitária. Compete ao enfermeiro contactar com estes utentes e fornecer-lhes informação para que lidem mais eficazmente com a sua saúde e estilos de vida, ou seja, capacitá-los para que assumam uma maior responsabilidade pessoal, ensinando-lhes conceitos e conhecimentos para se auto-cuidarem.

Esta prática ocorre através da implementação ou colaboração dos cuidados de saúde primários. Os mesmos representam o primeiro contacto do utilizador com o sistema de saúde, não se limitando a cuidados curativos, mas também, e de acordo com a Declaração de Alma-Ata, a abordar os principais problemas de saúde de uma comunidade, através da promoção e prevenção da saúde e do tratamento e reabilitação dos doentes. (OMS,1978) Neste contexto, considero que como enfermeira com conhecimentos especializados nesta área, posso exercer no seio do sector da saúde e mais concretamente nos cuidados de saúde primários uma tarefa muito importante, pois ao constituirmos a primeira referência de saúde para a população, temos um papel privilegiado na mobilização da mesma e na adopção das mudanças necessárias para atingirem o mais alto nível de saúde.

Através deste projecto pretendo intervir numa faixa etária específica, com já foi referido anteriormente, nas pessoas idosas pois considero, assim como (Age eurolink) citada por DGS que “a promoção da saúde e os cuidados de saúde primários, dirigidos às pessoas idosas, aumentam a longevidade e melhoram a saúde e a qualidade de vida e ajudam a racionalizar os custos da sociedade.” (DGS, 2004: 9).

Intervir a nível da prevenção da deficiência, da dependência, desvantagem e incapacidade da população idosa, tendo em conta uma intervenção individualizada, surge actualmente como uma prioridade no sector da saúde de forma a manter este grupo autónomo e independente e exige segundo a DGS “uma mudança de mentalidades e de atitudes da população face ao envelhecimento e a uma intervenção intersectorial, em

todos os níveis da sociedade, que promova a adaptação e melhoria dos enquadramentos ambientais e de suporte às suas principais necessidades.” (DGS, 2004: 10).

Em termos legislativos, o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (DGS, 2004) defende o investimento a nível da saúde em todas as fases do ciclo de vida, desde o nascimento até a morte. Este plano dá ênfase ao grupo etário com mais de 65 anos, que se encontra em crescimento nos países mais desenvolvidos devido à melhoria do sistema de saúde e das condições de vida.

Dos programas implementados pelo Plano Nacional de Saúde em Portugal há que realçar entre outros o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, que “reconhecendo a necessidade de serem criadas condições que concretizem o objectivo fundamental de obter ganhos de saúde, nomeadamente em anos de vida com independência e melhorem as práticas profissionais no âmbito das especificidades do envelhecimento” (DGS, 2004:2).

O meu projecto dará especial atenção ao idoso não institucionalizado indo ao encontro do preconizado, também no documento anterior que salienta “a acção multidisciplinar dos serviços de saúde” que “deve visar a manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida recuperação global das pessoas idosas, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida” (DGS, 2004: 5).

Reflectir sobre o estado funcional do idoso e identificar precocemente os problemas potenciais de saúde, constitui hoje um campo de reflexão emergente. A saúde é o recurso específico mais evidente para uma vida com qualidade e por isso, há que preservar as competências físicas e mentais dos idosos de forma a assegurar a sua autonomia e independência.

9. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O Centro de Saúde de Castelo Branco é uma Unidade Básica do Serviço Nacional de Saúde que se constitui como primeira responsável pela promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e melhoria dos níveis de saúde da população onde está inserida. É responsável por satisfazer e antecipar as necessidades reais dos indivíduos e da comunidade; actuar de acordo com padrões de qualidade técnico-científica, de eficiência e eficácia, elevando assim os ganhos em saúde. Pertence à Unidade Local de Saúde [ULS] de Castelo Branco que inclui o hospital desta cidade.

O Centro de Saúde de Castelo Branco, enquanto unidade de saúde, serve toda a população residente, ou temporariamente deslocada, na área geográfica por ele abrangida. Fisicamente é composto por 2 edifícios localizados na cidade e por 19 extensões de saúde, distribuídas pelo concelho, sendo que as mais distantes se encontram a cerca de 30 km da sede. Em termos funcionais encontra-se organizado em 5 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados e uma Unidade de Saúde Pública.

A escolha do Centro de Saúde de Castelo Branco e das extensões de saúde de Cebolais de Cima e de Lardosa, para campo de estágio, atribui-se ao facto de 3 elementos do nosso grupo de trabalho aí desempenharem funções.

Na sede o horário de atendimento de 2^a a 6^a feira é das 8h às 20h, enquanto nas extensões de saúde é das 8h às 15h.

No que aos cuidados de enfermagem diz respeito, são assegurados cuidados na área Tratamentos/Cuidados no Centro de Saúde e no domicílio, vacinação, acompanhamento de Grupos específicos na Comunidade. Prestam-se cuidados de enfermagem a todas as pessoas ajudando-as a atingir o seu máximo bem-estar físico e psíquico, e a máxima independência nas actividades quotidianas, tão rapidamente quanto possível.

Existem consultas dirigidas aos utentes/famílias que necessitam de vigiar e/ou cuidar da sua saúde no âmbito da Saúde do Adulto, Saúde Materna, Saúde Infantil, Planeamento Familiar, Visitas domiciliárias programadas, Atendimento Complementar. Existem ainda outros tipos de consulta: Psicologia, Saúde Oral, Nutricionismo, Cessação

Tabágica, Alcoologia, Controlo de hipocoagulação, Consulta do Viajante, Consulta de Tratamento de Feridas e Pé Diabético, Diagnóstico Pneumológico.

Por último e uma vez que a UCSP pertence à ULS de Castelo Branco, sempre que necessário pode-se recorrer a outras especialidades.

10. METODOLOGIA

Identificado o problema e definidos os objectivos do estudo, torna-se necessário identificar as opções metodológicas.

Efectuarei a descrição dos processos metodológicos, nomeadamente tipo de estudo, a população e amostra constituída, as características do instrumento de colheita de dados, os procedimentos adoptados na colheita de dados e as técnicas utilizadas no tratamento estatístico dos dados. Estes permitir-me-a atingir os objectivos estabelecidos.

É imperiosa a reflexão sobre as opções metodológicas disponíveis, para que a minha decisão seja a mais correcta, de acordo com o estudo em causa.

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e exploratório.

O presente estudo realizar-se-à na população idosa da UCSP2 Castelo Branco, de Lardosa e de Cebolais de Cima.

Na conceptualização do meu trabalho de investigação a população sobre a qual se realizará o estudo é constituída por 1100 idosos e a amostra irá ser acidental constituída por sujeitos facilmente acessíveis e que estarão presentes num local determinado, neste caso no centro de saúde ou no domicílio.

Para a elaboração deste estudo serão considerados critérios de inclusão:

- pertencer à lista de utentes das extensões de saúde de Cebolais de Cima e de Lardosa e à lista de utentes de um ficheiro da UCSP 2 do Centro de Saúde de Castelo Branco.
- idade igual ou superior a 65 anos,
- disponibilidade para responder aos questionários,
- não estarem institucionalizados.

Além destes serão considerados critérios de exclusão:

- Pessoas com alterações mentais e com surdez.

O instrumento de colheita de dados a utilizar é o inquérito por questionário. Os questionários serão preenchidos pelos elementos do grupo.

Tendo em conta os aspectos referidos e o tipo de estudo, delineámos o questionário que será constituído por quatro partes

A primeira parte do questionário visa a caracterização sócio-demográfica da população. Foram incluídas três questões abertas para avaliar a percepção de qualidade de vida e o que influencia positiva e negativamente a sua qualidade de vida.

Na segunda e terceira partes serão utilizadas as escalas de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-BREF e a WHOQOL-OLD da OMS uma vez que se aplicam ao estudo.

Na quarta parte é utilizado o Índice de Barthel para avaliação da capacidade funcional para as actividades de vida diária deste grupo etário.

Estando ciente dos procedimentos formais e éticos, constitui preocupação ao longo do meu trabalho de investigação respeitá-los e para tal irei elaborar um documento onde constem as condições que salvaguardam os aspectos éticos. No mesmo comprometo-me a assegurar o consentimento do inquirido, através da explicação da natureza e finalidade do estudo, do direito à recusa, à confidencialidade e ao anonimato.

Será formulado um pedido de autorização por escrito, ao Director da ULS de Castelo Branco, pela Coordenadora do Mestrado Professora Doutora Filomena Martins, para a colheita de dados aos idosos inseridos nos ficheiros referidos.

Para assegurar a confidencialidade, os questionários serão protegidos de qualquer identificação, através de códigos e a aplicação do questionário será realizada nas extensões de saúde e centro de saúde referidos.

Relativamente ao tratamento dos dados obtidos, através das respostas dos utentes ao questionário, no que se refere aos dados das variáveis de caracterização ou de atributo, usarei a estatística descritiva.

Das respostas às questões abertas serão definidas dimensões para melhor tratamento no programa a utilizar.

Os programas informáticos utilizados para a realização deste estudo e para o tratamento dos dados serão: Word, o SPSS versão 18.0.

Na análise e interpretação apresentarei os dados obtidos relativos à caracterização da amostra e dos dados relativos às escalas utilizadas bem como, as necessidades identificadas.

4 MODELO DE AVALIAÇÃO

Na gestão de projectos de intervenção em saúde é fulcral a utilização de métodos de avaliação crítica, sistemática e contínua dos problemas, das necessidades, dos recursos, das políticas e das formas de intervenção.

A avaliação deste projecto será através da discussão e análise dos resultados alcançados e do cumprimento dos objectivos propostos pelos elementos do grupo e coordenadores do mestrado.

Serão avaliados o Diagnóstico de Situação e Relatório de Estágio em conjunto com a avaliação do cumprimento das actividades do projecto. Para além disso, será também averiguado o grau de satisfação da população com as sessões de educação para a saúde que se realizarão durante o estágio, através de um questionário.

PLANO DE ESTUDOS

| Objectivos específicos | Actividades | Recursos | Indicadores de avaliação | Tempo |
|--|---|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar a percepção da qualidade de vida e de saúde dos idosos, até ao final de Março de 2011; | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pesquisa Bibliográfica acerca do envelhecimento e qualidade de vida; ▪ Identificar os factores que influenciam positiva e negativamente a qualidade de vida dos idosos; ▪ Motivar e envolver os idosos na participação do estudo; ▪ Aplicação de questionários aos idosos. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Grupo de 6 alunos do 1º Mestrado em Enfermagem; ▪ Idosos inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 de Castelo Branco; ▪ Extensões de Saúde de Cebolais de Cima, Lardosa e Centro de Saúde de Castelo Branco. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Que 30% dos idosos que constituem a população respondam ao questionário. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Até final de Março de 2011 |

| Objectivos específicos | Actividades | Recursos | Indicadores de avaliação | Tempo |
|---|---|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar as limitações funcionais a nível físico, psicológico e social que dificultam a autonomia em actividades de vida diária levando à dependência dos idosos, até ao final de Março de 2011; | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pesquisa Bibliográfica acerca do envelhecimento e do auto-cuidado; ▪ Aplicação de questionários aos idosos | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Grupo de 6 alunos do 1º Mestrado em Enfermagem; ▪ Idosos inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 de Castelo Branco; ▪ Extensões de Saúde de Cebolais de Cima, Lardosa e Centro de Saúde de Castelo Branco | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Que 30% dos idosos que constituem a população respondam ao questionário. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Até final de Março de 2011 |

| Objectivos específicos | Actividades | Recursos | Indicadores de avaliação | Tempo |
|---|--|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar factores de risco consideráveis à perda de autonomia dos idosos, até ao final de Março de 2011; | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pesquisa Bibliográfica acerca do envelhecimento e causas do envelhecimento patológico; ▪ Aplicação de questionários aos idosos ▪ Fazer levantamento dos idosos que residem sozinhos; ▪ Fazer contactos telefónicos e/ou domiciliários frequentemente. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Grupo de 6 alunos do 1º Mestrado em Enfermagem; ▪ Idosos inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 de Castelo Branco; ▪ Extensões de Saúde de Cebolais de Cima, Lardosa e Centro de Saúde de Castelo Branco. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Que 30% dos idosos que constituem a população respondam ao questionário; ▪ Contactar 80% dos idosos que vivem sozinhos. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Até final de Março de 2011 |

| Objectivos específicos | Actividades | Recursos | Indicadores de avaliação | Tempo |
|---|---|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar necessidades de cuidados de Enfermagem dos idosos, até ao final de Março de 2011; | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pesquisa Bibliográfica acerca do envelhecimento e principais necessidades no envelhecimento; ▪ Aplicação de questionários aos idosos | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Grupo de 6 alunos do 1º Mestrado em Enfermagem; ▪ Idosos inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 de Castelo Branco; ▪ Extensões de Saúde de Cebolais de Cima, Lardosa e Centro de Saúde de Castelo Branco. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Que 30% dos idosos que constituem a população respondam ao questionário | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Até final de Março de 2011 |

| Objectivos específicos | Actividades | Recursos | Indicadores de | Tempo |
|-------------------------------|--------------------|-----------------|-----------------------|--------------|
|-------------------------------|--------------------|-----------------|-----------------------|--------------|

| | | | avaliação | |
|---|--|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenvolver actividades no âmbito do envelhecimento saudável, de acordo com as necessidades identificadas dos idosos, até ao final de Maio de 2011; | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reuniões com os responsáveis dos locais da realização das sessões de educação a realizar; ▪ Sessões de educação para a saúde; ▪ Distribuição de folhetos de acordo com a temática da sessão; ▪ Implementação de uma consulta de Enfermagem no âmbito da Saúde do Idoso no local de estágio. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Grupo de 6 alunos do 1º Mestrado em Enfermagem; ▪ Idosos inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 de Castelo Branco; ▪ Extensões de Saúde de Cebolais de Cima, Lardosa e Centro de Saúde de Castelo Branco. ▪ Meios audiovisuais ▪ Suportes didácticos | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar 1 sessão de educação para a saúde em cada freguesia do estudo; ▪ Distribuir 1 folheto por idoso; ▪ Elaboração de um manual sobre a consulta do idoso com informações importantes e específicas para este grupo etário. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ De Março a Junho de 2011 |
| Objectivos específicos | Actividades | Recursos | Indicadores de | Tempo |

| | | | avaliação | |
|--|--|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar a satisfação dos idosos face à pertinência das actividades desenvolvidas, no âmbito do envelhecimento saudável, até ao final de Junho de 2011. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborar um questionário de avaliação da satisfação dos idosos; ▪ Aplicar o questionário no final de cada actividade. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Grupo de 6 alunos do 1º Mestrado em Enfermagem; ▪ Idosos inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 de Castelo Branco; ▪ Extensões de Saúde de Cebolais de Cima, Lardosa e Centro de Saúde de Castelo Branco; ▪ Bibliotecas, ou outros locais das freguesias de Cebolais de Cima, Lardosa e Castelo Branco. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicação dos questionários a todas as actividades realizadas; ▪ 80% de questionários preenchidos com grau de satisfação BOM. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ De Março a Junho de 2011 |

| Objectivos específicos | Actividades | Recursos | Indicadores de | Tempo |
|-------------------------------|--------------------|-----------------|-----------------------|--------------|
|-------------------------------|--------------------|-----------------|-----------------------|--------------|

| | | | | |
|---|--|--|---|--|
| | | | avaliação | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dar visibilidade à intervenção comunitária do Enfermeiro Especialista, junto dos idosos, até ao final de Junho de 2011. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Organizar um evento de convívio para idosos a definir; ▪ Organizar uma sessão para apresentação dos resultados do estudo realizado. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Grupo de 6 alunos do 1º Mestrado em Enfermagem; ▪ Idosos inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 de Castelo Branco; ▪ Extensões de Saúde de Cebolais de Cima, Lardosa e Centro de Saúde de Castelo Branco; ▪ Bibliotecas, ou outros locais das freguesias de Cebolais de Cima, Lardosa e Castelo Branco. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização de um evento de convívio para idosos a definir; ▪ Realização uma sessão para apresentação dos resultados do estudo realizado em cada freguesia. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ De Março a Junho de 2011 |
| Objectivos específicos | Actividades | Recursos | Indicadores de avaliação | Tempo |

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde junto dos idosos inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, da Lardosa e de um ficheiro da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados 2 de Castelo Branco, até ao final de Junho de 2001. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar o estado de saúde dos idosos ▪ Integrar o conhecimento sobre os determinantes da saúde na concepção do diagnóstico em saúde destes idosos ▪ Integrar variáveis socioeconómicas e ambientais no reconhecimento dos principais determinantes da saúde. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aluna do 1º Mestrado em Enfermagem; ▪ Idosos inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, da Lardosa e de um ficheiro da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados 2 de Castelo Branco; ▪ Extensões de Saúde de Cebolais de Cima, Lardosa e Centro de Saúde de Castelo Branco; | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Proceder à elaboração do diagnóstico de saúde | <ul style="list-style-type: none"> ▪ De Março a Junho de 2011 |
|--|--|---|---|--|

11.BIBLIOGRAFIA

- Costa, M. A.(2002). *Cuidar de Idosos: Formação, Práticas e Competências dos Enfermeiros*. Co-edição Formasau (Coimbra) e Educa (Lisboa).
- Collière, M.,(1999). *Promover a Vida: Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas.
- Decreto-Lei nº 88/98 De 21 De Abril. *Código Deontológico do Enfermeiro*
- Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
- Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril. *Código Deontológico do Enfermeiro*
- Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de Setembro, *Carreira de Enfermagem*, Diário da República, 1.ª série — N.º 184 — 22 de Setembro de 2009
- DGS (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. - Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004. - 2 v. - Vol. I - Prioridades, 88 p. - Vol. II - Orientações estratégicas.
- DGS (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Circular Normativa Nº: 13/DGCG, DATA: 02/07/04.
- INE: *O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e sócio – economica das pessoas idosas*. Consultado a 11.02.2011. <http://alea-estp.ine.pt/html/actual/html/act29.html>
- INE, (2009), *Instituto Nacional de Estatística*. Consultado a 10.02.2011. www.ine.pt
- MONIZ, J.M.N. (2003). “A Enfermagem e a pessoa idosa: a prática de cuidados como experiência formativa”. Loures: Lusociência.
- OMS (1978). *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. Alma-Ata, Rússia: OMS.
- Pordata, (2010). Base de dados de Portugal Contemporâneo.www.pordata.pt
- Regulamento n.º 128/2011. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*, Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011

APÊNDICE II

Caracterização sócio-demográfica

(Quadro 1)

| | | | Sexo dos inquiridos | | Total |
|----------------------------|----------------|----------------------------------|---------------------|----------|--------|
| | | | Masculino | Feminino | |
| Local onde estão inscritos | Castelo Branco | N | 35 | 61 | 96 |
| | | % por Local onde estão inscritos | 36,5% | 63,5% | 100,0% |
| | | % por Sexo dos inquiridos | 40,7% | 36,1% | 37,6% |
| | Cebolais | N | 33 | 66 | 99 |
| | | % por Local onde estão inscritos | 33,3% | 66,7% | 100,0% |
| | | % por Sexo dos inquiridos | 38,4% | 39,1% | 38,8% |
| | Lardosa | N | 18 | 42 | 60 |
| | | % por Local onde estão inscritos | 30,0% | 70,0% | 100,0% |
| | | % por Sexo dos inquiridos | 20,9% | 24,9% | 23,5% |
| Total | | N | 86 | 169 | 255 |
| | | % por Local onde estão inscritos | 33,7% | 66,3% | 100,0% |
| | | % por Sexo dos inquiridos | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Quadro 1 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Local onde estão inscritos e sexo

APÊNDICE III

(Questionário)

GRUPO I

Dados sócio-demográficos

1 – Idade _____

2 - Data de nascimento ____/____/19____

3 – Sexo: Masculino ☐₁ Feminino ☐₂

4 – Escolaridade:

| | |
|--|--|
| Não sabe ler nem escrever ₁ | |
| Sabe ler e/ou escrever ₂ | |
| 1º ao 4º anos ₃ | |
| 5º e 6º anos ₄ | |
| 7º ao 9º anos ₅ | |
| 10 ao 12º anos ₆ | |
| Estudos Universitários ₇ | |
| Formação pós graduada ₈ | |

5 – Actividade profissional ao longo da vida?

5.1- Sector Profissional:

| | |
|--------------------------------|--|
| Sector Primário ₁ | |
| Sector Secundário ₂ | |
| Sector Terciário ₃ | |

5.2 – Situação Profissional actual:

| | |
|------------------------|--|
| Reformado ₁ | |
| Activo ₂ | |

6 – Estado civil:

| | |
|-----------------------------|--|
| Solteiro/a ₁ | |
| Casado/a ₂ | |
| União de facto ₃ | |
| Separado/a ₄ | |
| Divorciado/a ₅ | |
| Viúvo/a ₆ | |

7 – Com quem vive?

| | |
|------------------------------------|--|
| Sozinho ₁ | |
| Com conjuge ₂ | |
| Com filhos/Nora/Genro ₃ | |
| Numa instituição ₄ | |
| Outros ₅ | |

7-Hábitos tabágicos: Fuma? Sim ☐1 Não ☐2

8- Hábitos alcoólicos: Ingere bebidas alcoólicas? Sim ☐1 Não ☐2

9- Actividade física: Faz exercício físico? Sim ☐1 Não ☐2

10- Toma medicamentos para a dor frequentemente? Sim ☐1 Não ☐2

11- Tem alguma doença:

11.1 – Diabetes: Sim ☐1 Não ☐2

11.2 – Hipertensão arterial: Sim ☐1 Não ☐2

11.3 – Cardiovascular: Sim ☐1 Não ☐2

11.4 – Osteoporose: Sim ☐1 Não ☐2

11.5 – Outra: Sim ☐1 Não ☐2

Qual? _____

8 – O que é para si qualidade de vida?

9 – O que mais influencia positivamente a sua qualidade de vida?

10 – O que mais influencia negativamente a sua qualidade de vida?

GRUPO II

WHOQOL – Abreviado (Versão em Português)

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

| | N ada | P ouco | Moderadam ente | Bast ante | Completa mente |
|---|----------|-----------|-------------------|--------------|-------------------|
| Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Deve colocar um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e coloque um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

| | | M uito má | M á | Nem boa nem má | B oa | Muit o boa |
|------|---|--------------|--------|----------------------|---------|---------------|
| WA_1 | Como avalia a sua qualidade de vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | Muit o insatisfeito | Insati sfeito | Nem satisfeito nem insatisfeito | Sati sfeito | Mui to satisfeito |
|------|---|---------------------------|------------------|--|----------------|-------------------------|
| WA_2 | Até que ponto está satisfeito (a) com a sua saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

| | | Nad a | Po uco | Nem muito nem pouco | M uito | Muitíssi mo |
|------|---|----------|-----------|---------------------------|-----------|----------------|
| WA_3 | Em que medida as suas dores (físicas) o (a) impedem de fazer o que precisa de fazer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| WA_4 | Em que medida precisa de cuidados de saúde para fazer a sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| WA_5 | Até que ponto gosta da vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| WA_6 | Em que medida sente que a sua vida tem sentido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| WA_7 | Até que ponto se consegue concentrar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| WA_8 | Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| WA_9 | Em que medida é saudável o seu ambiente físico? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

| | | N ada | Po uco | Moderada mente | Bast ante | Completa mente |
|-------|---|----------|-----------|-------------------|--------------|-------------------|
| WA_10 | Tem energia suficiente para a sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| WA_11 | É capaz de aceitar a sua aparência física? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| WA_12 | Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| WA_13 | Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| WA_14 | Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | Muito Má | Má | Nem Boa Nem Má | Boa | Muito Boa |
|-------|--|-------------|----|----------------------|-----|--------------|
| WA_15 | Como avaliaria a sua mobilidade [Capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio (a)]? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se sentiu **bem** ou **satisfeito** (a) em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

| | | Muito Insatisfeito | Insati sfeito | Nem Satisfeito Nem Insatisfeito | Satisf eito | Muito Satisfeito |
|-------|--|-----------------------|------------------|--|----------------|---------------------|
| WA_16 | Até que ponto está satisfeito (a) com o seu sono? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| WA_17 | Até que ponto está satisfeito (a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| WA_18 | Até que ponto está satisfeito (a) com a sua capacidade de trabalho? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| WA_19 | Até que ponto está satisfeito (a) consigo próprio (a)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|-------|---|---|---|---|---|---|
| WA_20 | Até que ponto está satisfeito (a) com as suas relações pessoais? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| WA_21 | Até que ponto está satisfeito (a) com a sua vida sexual? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| WA_22 | Até que ponto está satisfeito (a) com o apoio que recebe dos seus amigos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| WA_23 | Até que ponto está satisfeito (a) com as condições do lugar em que vive? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| WA_24 | Até que ponto está satisfeito (a) com o acesso que tem aos serviços de saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| WA_25 | Até que ponto está satisfeito (a) com os transportes que utiliza? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

| | | Nu nca | Pouca s Vezes | Algu mas Vezes | Frequente mente | Semp re |
|-------|--|-----------|------------------|-------------------|--------------------|------------|
| WA_26 | Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

GRUPO III
WHOQOL-OLD

As seguintes questões perguntam sobre como tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

| | | | | | |
|--------|---|------------------|--------------------|---------------|--------------------|
| old_01 | Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfacto, tacto), afectam a sua vida diária? | | | | |
| | Nada 1 | Muito Pouco 2 | Mais ou Menos 3 | Bastante 4 | Extremamente 5 |
| old_02 | Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfacto, tacto) afectam a sua capacidade de participar em actividades? | | | | |
| | Nada 1 | Muito Pouco 2 | Mais ou Menos 3 | Bastante 4 | Extremamente 5 |
| old_03 | Que liberdade tem de tomar as suas próprias decisões? | | | | |
| | Nada 1 | Muito Pouco 2 | Mais ou Menos 3 | Bastante 4 | Extremamente 5 |
| old_04 | Até que ponto sente que controla o seu futuro? | | | | |
| | Nada 1 | Muito Pouco 2 | Mais ou Menos 3 | Bastante 4 | Extremamente 5 |
| old_05 | Sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade? | | | | |
| | Nada 1 | Muito Pouco 2 | Mais ou Menos 3 | Bastante 4 | Extremamente 5 |
| old_06 | Até que ponto está preocupado com a maneira pela qual irá morrer? | | | | |
| | Nada 1 | Muito Pouco 2 | Mais ou Menos 3 | Bastante 4 | Extremamente 5 |
| old_07 | Até que ponto tem medo de não poder controlar a sua morte? | | | | |
| | Nada 1 | Muito Pouco 2 | Mais ou Menos 3 | Bastante 4 | Extremamente 5 |
| old_08 | Tem medo de morrer? | | | | |
| | Nada 1 | Muito Pouco 2 | Mais ou Menos 3 | Bastante 4 | Extremamente 5 |
| old_09 | Teme sofrer dor antes de morrer? | | | | |
| | Nada 1 | Muito Pouco 2 | Mais ou Menos 3 | Bastante 4 | Extremamente 5 |
| old_10 | Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfacto, tacto) afecta a sua capacidade de interagir com as outras pessoas? | | | | |
| | Nada 1 | Muito Pouco 2 | Médio 3 | Muito 4 | Completamente 5 |
| old_11 | Até que ponto consegue fazer as coisas que gostaria de fazer? | | | | |
| | Nada 1 | Muito Pouco 2 | Médio 3 | Muito 4 | Completamente 5 |
| old_12 | Até que ponto está satisfeito com as suas oportunidades para continuar a alcançar outras realizações na sua vida? | | | | |
| | Nada 1 | Muito Pouco 2 | Médio 3 | Muito 4 | Completamente 5 |
| old_13 | Sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida? | | | | |
| | Nada 1 | Muito Pouco 2 | Médio 3 | Muito 4 | Completamente 5 |
| old_14 | Sente que tem o suficiente para fazer em cada dia? | | | | |

| | | | | | |
|--|-----------|------------------|------------|------------|------------------------|
| | Nada 1 | Muito Pouco 2 | Médio 3 | Muito 4 | Completament e 5 |
|--|-----------|------------------|------------|------------|------------------------|

As seguintes questões pedem que diga o quanto se sentiu satisfeito, feliz ou bem sobre vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

| | | | | | |
|--------|---|-------------------|--|-----------------|--------------------------|
| old_15 | Está satisfeito com aquilo que alcançou na vida? | | | | |
| | Muito Insatisfeito 1 | Insatisfeito 2 | Nem Satisfeito Nem Insatisfeito 3 | Satisfeito 4 | Muito Satisfeito 5 |

| | | | | | |
|--------|--|-------------------|--|-----------------|--------------------------|
| old_16 | Está satisfeito com a forma como usa o seu tempo? | | | | |
| | Muito Insatisfeito 1 | Insatisfeito 2 | Nem Satisfeito Nem Insatisfeito 3 | Satisfeito 4 | Muito Satisfeito 5 |

| | | | | | |
|--------|---|-------------------|--|-----------------|--------------------------|
| old_17 | Está satisfeito com o seu nível de actividade? | | | | |
| | Muito Insatisfeito 1 | Insatisfeito 2 | Nem Satisfeito Nem Insatisfeito 3 | Satisfeito 4 | Muito Satisfeito 5 |

| | | | | | |
|--------|--|-------------------|--|-----------------|--------------------------|
| old_18 | Está satisfeito com as oportunidades que tem para participar em actividades da comunidade | | | | |
| | Muito Insatisfeito 1 | Insatisfeito 2 | Nem Satisfeito Nem Insatisfeito 3 | Satisfeito 4 | Muito Satisfeito 5 |

| | | | | | |
|--------|---|--------------|-------------------------------|------------|------------------|
| old_19 | Está feliz com as coisas que pode esperar daqui para frente? | | | | |
| | Muito Infeliz 1 | Infeliz 2 | Nem Feliz Nem Infeliz 3 | Feliz 4 | Muito Feliz 5 |

| | | | | | |
|--------|---|---------|------------------------|----------|----------------|
| old_20 | Como avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfacto, tacto)? | | | | |
| | Muito Má 1 | Má 2 | Nem Má Nem Boa 3 | Boa 4 | Muito Boa 5 |

As seguintes questões referem-se a qualquer **relacionamento íntimo** que possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) a sua intimidade mais do que qualquer outra pessoa na sua vida.

| | | | | | |
|--------|---|------------------|-----------------------|---------------|-------------------|
| old_21 | Até que ponto tem um sentimento de companheirismo na sua vida? | | | | |
| | Nada 1 | Muito Pouco 2 | Mais ou Menos 3 | Bastante 4 | Extremamente 5 |

| | | | | | |
|--------|--|------------------|-----------------------|---------------|-------------------|
| old_22 | Até que ponto sente amor na sua vida? | | | | |
| | Nada 1 | Muito Pouco 2 | Mais ou Menos 3 | Bastante 4 | Extremamente 5 |

| | | | | | |
|--------|--|------------------|------------|------------|------------------------|
| old_23 | Até que ponto tem oportunidade para amar? | | | | |
| | Nada 1 | Muito Pouco 2 | Médio 3 | Muito 4 | Completament e 5 |

| | | | | | |
|--------|---|------------------|------------|------------|------------------------|
| old_24 | Até que ponto tem oportunidade para ser amado? | | | | |
| | Nada 1 | Muito Pouco 2 | Médio 3 | Muito 4 | Completament e 5 |

GRUPO IV

ESCALA DE BARTHEL

Barthel _1 - Evacuar

0 = Incontinente (ou precisa que lhe façam um enema);

1 = Acidente Ocasional (uma vez por semana);

2 = Continente

Barthel _2 Urinar

0 = Incontinente ou cateterizado e incapacitado para o fazer

1 = Acidente Ocasional (máximo uma vez em 24 horas);

2 = Continente (por mais de 7 dias)

Barthel _3 Higiene Pessoal

0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal

1 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)

Barthel _4 Ir à casa de banho

0 = Dependente

1 = Precisa de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho

2 = Independente

Barthel _5 Alimentar-se

0 = Incapaz

1 = Precisa de ajuda para cortar, barrar a manteiga, etc.

2 = Independente (a comida é providenciada)

Barthel _6 Deslocações

0 = Incapaz – não tem equilíbrio ao sentar-se

1 = Grande ajuda física (uma ou duas pessoas), mas consegue sentar-se

2 = Pequena ajuda (verbal ou física)

3 = Independente

Barthel _7 Mobilidade

0 = Imobilizado

1 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc...

2 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)

3 = Independente (alguns tem a ajuda de uma bengala)

Barthel _8 Vestir-se

0 = dependente

1 = Precisa de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda

2 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)

Barthel _9 Escadas

0 = Incapaz

1 = Precisa de ajuda (verbal, física, ajuda carregando)

2 = Independente para subir e descer

Barthel _10 Tomar banho

0 = Dependente

1 = Independente (ou no chuveiro)

Classificação:

0 - 04 – Muito Grave

05 -09 – Grave

10-14 – Moderado

15-19 – Ligeiro

20 – Independente

Muito obrigado/a pela sua colaboração!

ANEXO IV

Caracterização Sócio-demográfica/ Idade
(Quadro 2, 3 e 4)

| | | | Sexo dos inquiridos | | Total |
|---------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------|----------|--------|
| | | | Masculino | Feminino | |
| Intervalos de idade | [65,75[| N | 38 | 96 | 134 |
| | | % por intervalo de idades | 28,4% | 71,6% | 100,0% |
| | | % por Sexo dos inquiridos | 44,2% | 56,8% | 52,5% |
| | [75,85[| N | 40 | 61 | 101 |
| | | % por intervalo de idades | 39,6% | 60,4% | 100,0% |
| | | % por Sexo dos inquiridos | 46,5% | 36,1% | 39,6% |
| | >= 85 | N | 8 | 12 | 20 |
| | | % por intervalo de idades | 40,0% | 60,0% | 100,0% |
| | | % por Sexo | 9,3% | 7,1% | 7,8% |
| Total | N | 86 | 169 | 255 | |
| | % por intervalo de idades | 33,7% | 66,3% | 100,0% | |
| | % por Sexo dos inquiridos | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |

Quadro 2 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por intervalos de idade e sexo

| Idade dos inquiridos | |
|----------------------|---------|
| N | 255 |
| Média | 74,6706 |
| Mediana | 74,0000 |
| Moda | 71,00 |

Quadro 3 – Estatísticas descritivas da variável idade

| | | | Sexo dos inquiridos | | Total |
|------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------|----------|--------|
| | | | Masculin o | Feminino | |
| Intervalos de idade | [65,75[| N | 38 | 96 | 134 |
| | | % por intervalo de idades | 28,4% | 71,6% | 100,0% |
| | | % por Sexo dos inquiridos | 44,2% | 56,8% | 52,5% |
| | [75,85[| N | 40 | 61 | 101 |
| | | % por intervalo de idades | 39,6% | 60,4% | 100,0% |
| | | % por Sexo dos inquiridos | 46,5% | 36,1% | 39,6% |
| | >= 85 | N | 8 | 12 | 20 |
| | | % por intervalo de idades | 40,0% | 60,0% | 100,0% |
| | | % por Sexo | 9,3% | 7,1% | 7,8% |
| Total | N | 86 | 169 | 255 | |
| | % por intervalo de idades | 33,7% | 66,3% | 100,0% | |
| | % por Sexo dos inquiridos | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |

Quadro 4 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por intervalos de idade e sexo

APÊNDICE V

Caracterização Sócio- demográfica / Estado civil
(Quadro5)

| | | | Sexo dos inquiridos | | Total |
|--------------|---------------------------|---------------------------|---------------------|----------|--------|
| | | | Masculino | Feminino | |
| Estado Civil | Solteiro(a) | N | 3 | 8 | 11 |
| | | % por Estado Civil | 27,3% | 72,7% | 100,0% |
| | | % por Sexo dos inquiridos | 3,5% | 4,7% | 4,3% |
| | Casado(a) | N | 67 | 97 | 164 |
| | | % por Estado Civil | 40,9% | 59,1% | 100,0% |
| | | % por Sexo dos inquiridos | 77,9% | 57,4% | 64,3% |
| | União de Facto | N | 0 | 1 | 1 |
| | | % por Estado Civil | ,0% | 100,0% | 100,0% |
| | | % por Sexo dos inquiridos | ,0% | ,6% | ,4% |
| | Separado(a) | N | 2 | 1 | 3 |
| | | % por Estado Civil | 66,7% | 33,3% | 100,0% |
| | | % por Sexo dos inquiridos | 2,3% | ,6% | 1,2% |
| | Divorciado(a) | N | 0 | 2 | 2 |
| | | % por Estado Civil | ,0% | 100,0% | 100,0% |
| | | % por Sexo dos inquiridos | ,0% | 1,2% | ,8% |
| | Viúvo(a) | N | 14 | 60 | 74 |
| | | % por Estado Civil | 18,9% | 81,1% | 100,0% |
| | | % por Sexo dos inquiridos | 16,3% | 35,5% | 29,0% |
| Total | N | 86 | 169 | 255 | |
| | % por Estado Civil | 33,7% | 66,3% | 100,0% | |
| | % por Sexo dos inquiridos | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |

Quadro 5 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Estado Civil e por sexo

APÊNDICE VI

Caracterização Sócio- demográfica/ Escolaridade
(Quadro 6)

| | | | Intervalo de idade | | | Total |
|-----------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------|---------|--------|--------|
| | | | [65,75] | [75,85] | >= 85 | |
| Escolaridade dos inquiridos | Não sabe ler nem escrever | N | 11 | 22 | 9 | 42 |
| | | % por Escolaridade | 26,2 % | 52,4 % | 21,4 % | 100,0% |
| | | % por intervalo de idades | 8,2% | 21,8 % | 45,0% | 16,5% |
| | Sabe ler e/ou escrever | N | 11 | 12 | 3 | 26 |
| | | % por Escolaridade | 42,3 % | 46,2 % | 11,5 % | 100,0% |
| | | % por intervalo de idades | 8,2% | 11,9 % | 15,0% | 10,2% |
| | 1º ao 4º anos | N | 98 | 54 | 7 | 159 |
| | | % por Escolaridade | 61,6 % | 34,0 % | 4,4 % | 100,0% |
| | | % por intervalo de idades | 73,1 % | 53,5 % | 35,0% | 62,4% |
| | 5º e 6º anos | N | 3 | 7 | 0 | 10 |
| | | % por Escolaridade | 30,0 % | 70,0 % | ,0 % | 100,0% |
| | | % por intervalo de idades | 2,2% | 6,9 % | ,0 % | 3,9% |
| | 7º ao 9º anos | N | 4 | 2 | 1 | 7 |
| | | % por Escolaridade | 57,1 % | 28,6 % | 14,3 % | 100,0% |
| | | % por intervalo de idades | 3,0% | 2,0 % | 5,0 % | 2,7% |
| | Estudos Universitários | N | 6 | 3 | 0 | 9 |
| | | % por Escolaridade | 66,7 % | 33,3 % | ,0 % | 100,0% |
| | | % por intervalo de idades | 4,5% | 3,0 % | ,0 % | 3,5% |
| | Formação pós-graduada | N | 1 | 1 | 0 | 2 |
| | | % por Escolaridade | 50,0 % | 50,0 % | ,0 % | 100,0% |
| | | % por intervalo de idades | ,7% | 1,0 % | ,0 % | ,8% |
| Total | | N | 134 | 101 | 20 | 255 |
| | | % por Escolaridade | 52,5 % | 39,6 % | 7,8 % | 100,0% |
| | | % por intervalo de idades | 100,0 % | 100,0 % | 10,0% | 100,0% |

Quadro 6 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Escolaridade e intervalo de idades

APÊNDICE VII

Caracterização Sócio- Demográfica / Situação
profissional (Quadro 7)

| | | | Sexo dos inquiridos | | Total |
|------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|---------------------|----------|--------|
| | | | Masculino | Feminino | |
| Situação profissional actual | Reformado | N | 84 | 166 | 250 |
| | | % por Situação profissional actual | 33,6% | 66,4% | 100,0% |
| | | % por Sexo inquiridos | 97,7% | 98,2% | 98,0% |
| | Activo | N | 2 | 3 | 5 |
| | | % por Situação profissional actual | 40,0% | 60,0% | 100,0% |
| | | % por Sexo inquiridos | 2,3% | 1,8% | 2,0% |
| Total | N | 86 | 169 | 255 | |
| | % por Situação profissional actual | 33,7% | 66,3% | 100,0% | |
| | % por Sexo inquiridos | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |

Quadro 7– Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Situação profissional e sexo

APÊNDICE VIII

Caracterização Socio- Demográfica / Agregado familiar
(Quadro 8)

| | | | Sexo dos inquiridos | | Total |
|---------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|----------|--------|
| | | | Masculino | Feminino | |
| Com quem vive | Solteiro | N | 14 | 55 | 69 |
| | | % por Com quem vive | 20,3% | 79,7% | 100,0% |
| | | % por Sexo inquiridos | 16,3% | 32,5% | 27,1% |
| | Cônjuge | N | 66 | 93 | 159 |
| | | % por Com quem vive | 41,5% | 58,5% | 100,0% |
| | | % por Sexo inquiridos | 76,7% | 55,0% | 62,4% |
| | Filhos/Nora/Genro | N | 6 | 17 | 23 |
| | | % por Com quem vive | 26,1% | 73,9% | 100,0% |
| | | % por Sexo inquiridos | 7,0% | 10,1% | 9,0% |
| | Outros | N | 0 | 4 | 4 |
| | | % por Com quem vive | ,0% | 100,0% | 100,0% |
| | | % por Sexo inquiridos | ,0% | 2,4% | 1,6% |
| Total | N | 86 | 169 | 255 | |
| | % por Com quem vive | 33,7% | 66,3% | 100,0% | |
| | % por Sexo inquiridos | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |

Quadro 8 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Com quem vive e sexo

APÊNDICE IX

Percepção de saúde (Quadro 9 e Quadro 10)

Quadro 9- Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde e sexo

| | | | | Sexo dos inquiridos | | Total |
|--|---|---|------------|---------------------|--------------|-------|
| | | | | Masculi no | Femin ino | |
| Até que ponto está satisfeito com a sua saúde | Insatisfeito | N | 1 | 15 | 16 | |
| | | % por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde | 6,3% | 93,8% | 100,0 % | |
| | | % por Sexo dos inquiridos | 1,2% | 8,9% | 6,3% | |
| | Insatisfeito | N | 21 | 43 | 64 | |
| | | % por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde | 32,8% | 67,2% | 100,0 % | |
| | | % por Sexo dos inquiridos | 24,4% | 25,4% | 25,1 % | |
| | Nem Satisfeito nem Insatisfeito | N | 27 | 48 | 75 | |
| | | % por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde | 36,0% | 64,0% | 100,0 % | |
| | | % por Sexo dos inquiridos | 31,4% | 28,4% | 29,4 % | |
| | Satisfeito | N | 35 | 55 | 90 | |
| | | % por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde | 38,9% | 61,1% | 100,0 % | |
| | | % por Sexo dos inquiridos | 40,7% | 32,5% | 35,3 % | |
| | Muito Satisfeito | N | 2 | 8 | 10 | |
| | | % por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde | 20,0% | 80,0% | 100,0 % | |
| | | % por Sexo dos inquiridos | 2,3% | 4,7% | 3,9% | |
| Total | N | 86 | 169 | 255 | | |
| | % por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde | 33,7% | 66,3% | 100,0 % | | |
| | % por Sexo dos inquiridos | 100,0% | 100,0 % | 100,0 % | | |

Quadro 9 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde e sexo

| | | | intervalo de idades | | | Total |
|---|---------------------------------|---------------------------|---------------------|----------|--------|--------|
| | | | [65, 75[| [75, 85[| >= 85 | |
| Até que ponto está satisfeito com a sua saúde | Muito Insatisfeito | N | 8 | 6 | 2 | 16 |
| | | % por ponto | 50,0% | 37,5% | 12,5% | 100,0% |
| | | % por intervalo de idades | 6,0% | 5,9% | 10,0% | 6,3% |
| | Insatisfeito | N | 30 | 27 | 7 | 64 |
| | | % por ponto | 46,9% | 42,2% | 10,9% | 100,0% |
| | | % por intervalo de idades | 22,4% | 26,7% | 35,0% | 25,1% |
| | Nem Satisfeito nem Insatisfeito | N | 39 | 30 | 6 | 75 |
| | | % por ponto | 52,0% | 40,0% | 8,0% | 100,0% |
| | | % por intervalo de idades | 29,1% | 29,7% | 30,0% | 29,4% |
| | Satisfeito | N | 49 | 37 | 4 | 90 |
| | | % por ponto | 54,4% | 41,1% | 4,4% | 100,0% |
| | | % por intervalo de idades | 36,6% | 36,6% | 20,0% | 35,3% |
| | Muito Satisfeito | N | 8 | 1 | 1 | 10 |
| | | % por ponto | 80,0% | 10,0% | 10,0% | 100,0% |
| | | % por intervalo de idades | 6,0% | 1,0% | 5,0% | 3,9% |
| Total | | N | 134 | 101 | 20 | 255 |
| | | % por ponto | 52,5% | 39,6% | 7,8% | 100,0% |
| | | % por intervalo de idades | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Quadro 10 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde e intervalos de idade

APÊNDICE X

Factores que influenciam a Percepção de saúde/
dinheiro

(Quadro 11 e Quadro 12)

| | | | | Tem dinheiro suficiente para fazer as suas necessidades | | | | | Total |
|---|---------------------------------|-------|---|---|-------|---------------|----------|---------------|--------|
| | | | | Nada | Pouco | Moderadamente | Bastante | Completamente | |
| Até que ponto está satisfeito com a sua saúde | Insatisfeito | Muito | N | 2 | 7 | 7 | 0 | 0 | 16 |
| | | | % por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde | 12,5% | 43,8% | 43,8% | ,0% | ,0% | 100,0% |
| | | | % por Tem dinheiro suficiente para fazer as suas necessidades | 66,7% | 13,5% | 5,1% | ,0% | ,0% | 6,3% |
| Insatisfeito | Insatisfeito | Muito | N | 0 | 14 | 39 | 9 | 2 | 64 |
| | | | % por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde | ,0% | 21,9% | 60,9% | 14,1% | 3,1% | 100,0% |
| | | | % por Tem dinheiro suficiente para fazer as suas necessidades | ,0% | 26,9% | 28,7% | 22,0% | 8,7% | 25,1% |
| Nem Satisfeito nem Insatisfeito | Nem Satisfeito nem Insatisfeito | Muito | N | 1 | 19 | 48 | 6 | 1 | 75 |
| | | | % por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde | 1,3% | 25,3% | 64,0% | 8,0% | 1,3% | 100,0% |
| | | | % por Tem dinheiro suficiente para fazer as suas necessidades | 33,3% | 36,5% | 35,3% | 14,6% | 4,3% | 29,4% |
| Satisfeito | Satisfeito | Muito | N | 0 | 11 | 38 | 26 | 15 | 90 |
| | | | % por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde | ,0% | 12,2% | 42,2% | 28,9% | 16,7% | 100,0% |
| | | | % por Tem dinheiro suficiente para fazer as suas necessidades | ,0% | 21,2% | 27,9% | 63,4% | 65,2% | 35,3% |
| Muito Satisfeito | Muito Satisfeito | Muito | N | 0 | 1 | 4 | 0 | 5 | 10 |
| | | | % por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde | ,0% | 10,0% | 40,0% | ,0% | 50,0% | 100,0% |
| | | | % por Tem dinheiro suficiente para fazer as suas necessidades | ,0% | 1,9% | 2,9% | ,0% | 21,7% | 3,9% |
| Total | Total | Muito | N | 3 | 52 | 136 | 41 | 23 | 255 |
| | | | % por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde | 1,2% | 20,4% | 53,3% | 16,1% | 9,0% | 100,0% |
| | | | % por Tem dinheiro suficiente para fazer as suas necessidades | 10,0% | 10,0% | 100,0% | 10,0% | 100,0% | 10,0% |

Quadro 11 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde e Tem dinheiro suficiente para fazer as suas necessidades

| | |
|-----------------|-----------------|
| | Approx. Sig. |
| Kendall's tau-b | ,000 |

Quadro 12 – Teste Kendall’s tau-b Até que ponto está satisfeito com a sua saúde e se tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades

APÊNDICE XI

Factores que influenciam a Percepção de saúde /

Doença

(Quadro 13)

| | | | Influência | | Tot al |
|---|--|-------|------------|--------|-----------|
| | | | Negativa | doença | |
| | | | sim | não | |
| Até que ponto está satisfeito com a sua saúde | Muito Insatisfeito | Por | 11 | 5 | 16 |
| | | % por | 68,8 | 31,3 | 100 |
| | | % por | % | % | ,0% |
| | | % por | 7,1% | 5,1% | 6,3 |
| | | % por | | | % |
| | | % por | | | |
| | Insatisfeito | Por | 47 | 17 | 64 |
| | | % por | 73,4 | 26,6 | 100 |
| | | % por | % | % | ,0% |
| | | % por | 30,1 | 17,2 | 25, |
| | | % por | % | % | 1% |
| | | % por | | | |
| | Nem Satisfeito nem Insatisfeito | Por | 48 | 27 | 75 |
| | | % por | 64,0 | 36,0 | 100 |
| | | % por | % | % | ,0% |
| | % por | 30,8 | 27,3 | 29, | |
| | % por | % | % | 4% | |
| | % por | | | | |
| Satisfeito | Por | 45 | 45 | 90 | |
| | % por | 50,0 | 50,0 | 100 | |
| | % por | % | % | ,0% | |
| | % por | 28,8 | 45,5 | 35, | |
| | % por | % | % | 3% | |
| | % por | | | | |
| Muito Satisfeito | Por | 5 | 5 | 10 | |
| | % por | 50,0 | 50,0 | 100 | |
| | % por | % | % | ,0% | |
| | % por | 3,2% | 5,1% | 3,9 | |
| | % por | | | % | |
| | % por | | | | |
| Total | Por | 156 | 99 | 255 | |
| | % por | 61,2 | 38,8 | 100 | |
| | % por | % | % | ,0% | |
| | % por | 100, | 100, | 100 | |
| | % por | 0% | 0% | ,0% | |
| | % por | | | | |

Quadro 13 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde e a Doença como influência negativa

APÊNDICE XII

Factor que influenciam a percepção de Saúde/ Precisar
de cuidados de saúde para fazer a sua vida diária
(Quadro 14 e Quadro 15)

Quadro 14- Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde e Em que medida precisa de cuidados de saúde.

Quadro 15 – Teste de Kendall ‘ s tau- b Até que ponto está satisfeito com a sua saúde e Em que medida necessita de cuidados de saúde

| | | | | Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária | | | | | Total |
|---|--------------------|--------------|---|--|-------|-----------------|-------|------------|--------|
| | | | | Nada | Pouco | Nem Muito Pouco | Muito | Muitíssimo | |
| Até que ponto está satisfeito com a sua saúde | Muito Insatisfeito | N | | 0 | 2 | 3 | 9 | 2 | 16 |
| | | % por ponto | Até que ponto está satisfeito com a sua saúde | ,0% | 12,5% | 18,8% | 56,3% | 12,5% | 100,0% |
| | | % por medida | Em que medida precisa de cuidados de saúde para fazer a sua vida diária | ,0% | 3,2% | 4,3% | 10,8% | 66,7% | 6,3% |
| | Insatisfeito | N | | 3 | 8 | 19 | 33 | 1 | 64 |
| | | % por ponto | Até que ponto está satisfeito com a sua saúde | 4,7% | 12,5% | 29,7% | 51,6% | 1,6% | 100,0% |
| | | % por medida | Em que medida precisa de cuidados de saúde para fazer a sua vida diária | 8,3% | 12,7% | 27,1% | 39,8% | 33,3% | 25,1% |
| Nem Satisfeito nem Insatisfeito | N | | | 7 | 20 | 28 | 20 | 0 | 75 |
| | | % por ponto | Até que ponto está satisfeito com a sua saúde | 9,3% | 26,7% | 37,3% | 26,7% | ,0% | 100,0% |
| | | % por medida | Em que medida precisa de cuidados de saúde para fazer a sua vida diária | 19,4% | 31,7% | 40,0% | 24,1% | ,0% | 29,4% |
| | Satisfeito | N | | 21 | 30 | 20 | 19 | 0 | 90 |
| | | % por ponto | Até que ponto está satisfeito com a sua saúde | 23,3% | 33,3% | 22,2% | 21,1% | ,0% | 100,0% |
| | | % por medida | Em que medida precisa de cuidados de saúde para fazer a sua vida diária | 58,3% | 47,6% | 28,6% | 22,9% | ,0% | 35,3% |
| Muito Satisfeito | N | | | 5 | 3 | 0 | 2 | 0 | 10 |
| | | % por ponto | Até que ponto está satisfeito com a sua saúde | 50,0% | 30,0% | ,0% | 20,0% | ,0% | 100,0% |
| | | % por medida | Em que medida precisa de cuidados de saúde para fazer a sua vida diária | 13,9% | 4,8% | ,0% | 2,4% | ,0% | 3,9% |
| | Total | N | | 36 | 63 | 70 | 83 | 3 | 255 |
| | | % por ponto | Até que ponto está satisfeito com a sua saúde | 14,1% | 24,7% | 27,5% | 32,5% | 1,2% | 100,0% |
| | | % por medida | Em que medida precisa de cuidados de saúde para fazer a sua vida diária | | | | | | |

| | | | | Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária | | | | | Total |
|---|---------------------------------|---|--|--|-------|-----------------|--------|------------|--------|
| | | | | Nada | Pouco | Nem muito pouco | Muito | Muitíssimo | |
| Até que ponto está satisfeito com a sua saúde | Muito Insatisfeito | N | % por ponto | 0 | 2 | 3 | 9 | 2 | 16 |
| | | | % por ponto está satisfeito com a sua saúde | ,0% | 12,5% | 18,8% | 56,3% | 12,5% | 100,0% |
| | | | % por medida precisa de cuidados de saúde para fazer a sua vida diária | ,0% | 3,2% | 4,3% | 10,8% | 66,7% | 6,3% |
| | Insatisfeito | N | % por ponto | 3 | 8 | 19 | 33 | 1 | 64 |
| | | | % por ponto está satisfeito com a sua saúde | 4,7% | 12,5% | 29,7% | 51,6% | 1,6% | 100,0% |
| | | | % por medida precisa de cuidados de saúde para fazer a sua vida diária | 8,3% | 12,7% | 27,1% | 39,8% | 33,3% | 25,1% |
| Nem Satisfeito nem Insatisfeito | Nem Satisfeito nem Insatisfeito | N | % por ponto | 7 | 20 | 28 | 20 | 0 | 75 |
| | | | % por ponto está satisfeito com a sua saúde | 9,3% | 26,7% | 37,3% | 26,7% | ,0% | 100,0% |
| | | | % por medida precisa de cuidados de saúde para fazer a sua vida diária | 19,4% | 31,7% | 40,0% | 24,1% | ,0% | 29,4% |
| | Satisfeito | N | % por ponto | 21 | 30 | 20 | 19 | 0 | 90 |
| | | | % por ponto está satisfeito com a sua saúde | 23,3% | 33,3% | 22,2% | 21,1% | ,0% | 100,0% |
| | | | % por medida precisa de cuidados de saúde para fazer a sua vida diária | 58,3% | 47,6% | 28,6% | 22,9% | ,0% | 35,3% |
| Muito Satisfeito | Muito Satisfeito | N | % por ponto | 5 | 3 | 0 | 2 | 0 | 10 |
| | | | % por ponto está satisfeito com a sua saúde | 50,0% | 30,0% | ,0% | 20,0% | ,0% | 100,0% |
| | | | % por medida precisa de cuidados de saúde para fazer a sua vida diária | 13,9% | 4,8% | ,0% | 2,4% | ,0% | 3,9% |
| | Total | N | % por ponto | 36 | 63 | 70 | 83 | 3 | 255 |
| | | | % por ponto está satisfeito com a sua saúde | 14,1% | 24,7% | 27,5% | 32,5% | 1,2% | 100,0% |
| | | | % por medida precisa de cuidados de saúde para fazer a sua vida diária | 100,0% | 10,0% | 10,0% | 100,0% | 100,0% | 10,0% |

Quadro 14 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde e Em que medida precisa de cuidados de saúde

| | |
|-----------------|-----------------|
| | Approx. Sig. |
| Kendall's tau-b | ,000 |

Quadro 15 – Teste Kendall's tau-b Até que ponto está satisfeito com a sua saúde e Em que medida necessita de cuidados de saúde

APÊNDICE XIII

Factores que influenciam a percepção de saúde/

Patologias crónicas

(Quadro 16, 17, 18, 19)

| Diabetes | | | | Estatísticas |
|---|-----|---------------|--|--------------|
| Até que ponto está satisfeito com a sua saúde | sim | Média | | 2,9565 |
| | | Mediana | | 3,0000 |
| | | Desvio Padrão | | ,97671 |
| | não | Média | | 3,0914 |
| | | Mediana | | 3,0000 |
| | | Desvio Padrão | | 1,01727 |

Quadro 16 – Medianas da Satisfação com a Saúde para os doentes que referiram ter ou não Diabetes

| Hipertensão | | | | Estatísticas |
|---|-----|---------------|--|--------------|
| Até que ponto está satisfeito com a sua saúde | sim | Média | | 2,9236 |
| | | Mediana | | 3,0000 |
| | | Desvio Padrão | | ,99061 |
| | não | Média | | 3,2653 |
| | | Mediana | | 3,0000 |
| | | Desvio Padrão | | 1,00053 |

Quadro 17 – Medianas da Satisfação com a Saúde para os doentes que referiram ter ou não Hipertensão arterial

| Patologia Cardiovascular | | | | Estatísticas |
|---|-----|---------------|--|--------------|
| Até que ponto está satisfeito com a sua saúde | sim | Média | | 2,7083 |
| | | Mediana | | 3,0000 |
| | | Desvio Padrão | | ,98492 |
| | não | Média | | 3,1913 |
| | | Mediana | | 3,0000 |
| | | Desvio Padrão | | ,98423 |

Quadro 18 – Medianas da Satisfação com a Saúde para os doentes que referiram ter ou não Patologia Cardiovascular

| Osteoporose | | | | Estatísticas |
|---|-----|---------------|--|--------------|
| Até que ponto está satisfeito com a sua saúde | sim | Média | | 2,8375 |
| | | Mediana | | 3,0000 |
| | | Desvio Padrão | | 1,01188 |
| | não | Média | | 3,1543 |
| | | Mediana | | 3,0000 |
| | | Desvio Padrão | | ,99086 |

Quadro 19 – Medianas da Satisfação com a Saúde para os doentes que referiram ter ou não Osteoporose

APÊNDICE XIV

Factores que influenciam a saúde - Grau de dependência
(Quadro 20 e 21)

APÊNDICE XV

Avaliação da Qualidade de vida
(Quadros 22, 23, 24 e 25)

| | | | Sexo dos inquiridos | | Total |
|-----------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------|----------|--------|
| | | | Masculino | Feminino | |
| Como avalia a sua qualidade | Muito má | N | 1 | 8 | 9 |
| | | % por Como avalia a sua qualidade | 11,1% | 88,9% | 100,0% |
| | | % por Sexo dos inquiridos | 1,2% | 4,7% | 3,5% |
| | Má | N | 5 | 14 | 19 |
| | | % por Como avalia a sua qualidade | 26,3% | 73,7% | 100,0% |
| | | % por Sexo dos inquiridos | 5,8% | 8,3% | 7,5% |
| | Nem Boa nem Má | N | 40 | 84 | 124 |
| | | % por Como avalia a sua qualidade | 32,3% | 67,7% | 100,0% |
| | | % por Sexo dos inquiridos | 46,5% | 49,7% | 48,6% |
| | Boa | N | 37 | 56 | 93 |
| | | % por Como avalia a sua qualidade | 39,8% | 60,2% | 100,0% |
| | | % por Sexo dos inquiridos | 43,0% | 33,1% | 36,5% |
| | Muito Boa | N | 3 | 7 | 10 |
| | | % por Como avalia a sua qualidade | 30,0% | 70,0% | 100,0% |
| | | % por Sexo dos inquiridos | 3,5% | 4,1% | 3,9% |
| Total | N | 86 | 169 | 255 | |
| | % por Como avalia a sua qualidade | 33,7% | 66,3% | 100,0% | |
| | % por Sexo dos inquiridos | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |

Quadro 22 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Como avalia a sua qualidade de vida e sexo

| | | Intervalo de idade | | | Total | |
|-------------------------------------|----------------|-----------------------------------|---------|--------|--------|--------|
| | | [65,75[| [75,85[| >= 85 | | |
| Como avalia a sua qualidade de vida | Muito má | N | 2 | 6 | 1 | 9 |
| | | % por Como avalia a sua qualidade | 22,2% | 66,7% | 11,1% | 100,0% |
| | | % por intervalo de idades | 1,5% | 5,9% | 5,0% | 3,5% |
| | Má | N | 9 | 6 | 4 | 19 |
| | | % por Como avalia a sua qualidade | 47,4% | 31,6% | 21,1% | 100,0% |
| | | % por intervalo de idades | 6,7% | 5,9% | 20,0% | 7,5% |
| | Nem Boa nem Má | N | 61 | 52 | 11 | 124 |
| | | % por Como avalia a sua qualidade | 49,2% | 41,9% | 8,9% | 100,0% |
| | | % por intervalo de idades | 45,5% | 51,5% | 55,0% | 48,6% |
| | Boa | N | 54 | 35 | 4 | 93 |
| | | % por Como avalia a sua qualidade | 58,1% | 37,6% | 4,3% | 100,0% |
| | | % por intervalo de idades | 40,3% | 34,7% | 20,0% | 36,5% |
| | Muito Boa | N | 8 | 2 | 0 | 10 |
| | | % por Como avalia a sua qualidade | 80,0% | 20,0% | ,0% | 100,0% |
| | | % por intervalo de idades | 6,0% | 2,0% | ,0% | 3,9% |
| Total | | N | 134 | 101 | 20 | 255 |
| | | % por Como avalia a sua qualidade | 52,5% | 39,6% | 7,8% | 100,0% |
| | | % por intervalo de idades | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Quadro 23 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Como avalia a sua qualidade de vida e intervalo de idades

| | |
|-----------------------|-----------------------|
| | Asymp. Sig. (2-sided) |
| Teste do qui-quadrado | ,375 |

Quadro 24 – Teste do qui-quadrado: Como avalia a sua qualidade de vida e sexo

| | |
|-----------------|--------------|
| | Approx. Sig. |
| Kendall's tau-b | ,005 |

Quadro 25 – Teste de Kendall's tau-b: Como avalia a sua qualidade de vida e intervalos de idade

APÊNDICE XVI

Dimensões da percepção de qualidade de vida

(Quadro 26)

| Percepção do que é qualidade de vida | | | |
|--------------------------------------|------------------|--------------------------|-------------------------|
| Dimensão | Total dos idosos | Idosos do sexo masculino | Idosos do sexo feminino |
| Saúde | 76.9% | 77.9% | 76.3% |
| Paz | 24.3% | 22.1% | 25.4% |
| Dinheiro | 23.9% | 33.7% | 18.9% |
| Familiares/vizinhos | 16.9% | 19.8% | 15.4% |
| Ocupação/actividades de lazer | 15.3% | 12.8% | 16.6% |

Quadro 26: Dimensões da Percepção de qualidade de vida

APÊNDICE XVII

Dimensões que influenciam positivamente a qualidade
de vida dos idosos

(Quadro 27)

| Dimensões atribuídas aos factores que influenciam positivamente a qualidade de vida | | | |
|--|--------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Dimensão | Percentagem Total | Idosos do sexo masculino | Idosos do sexo feminino |
| Saúde | 53% | 53.3% | 53.3% |
| Familiares/amigos | 38.6% | 29.1% | 42.6% |
| Dinheiro | 14.1% | 18.6% | 11.8% |
| Condições de habitabilidade | 8.6% | 11.6% | 7.1% |

Quadro 27 - Dimensões da percepção do que influencia positivamente a qualidade de vida

APÊNDICE XVIII

Domínios da escala WHOQOL- BREF

(Quadro 28)

| | N | Média |
|------------------------------|-----|---------|
| Domínio Físico | 255 | 55,1821 |
| Domínio Psicológico | 255 | 59,9837 |
| Domínio das Relações Sociais | 255 | 63,2680 |
| Domínio Meio Ambiente | 255 | 59,88 |

Quadro 28 - Estatística descritiva dos Domínios da WHOQOL-BREF

APÊNDICE XIX

Domínios da escala de WHOQOL- OLD
(Quadro 29)

| | Média |
|--------------------------------|---------|
| Domínio Habilidades Sensoriais | 66,6667 |
| Domínio Autonomia | 59,9020 |
| Domínio Actividades | 54,0441 |
| Domínio Participação Social | 58,0882 |
| Domínio Morte | 50,2696 |
| Domínio Intimidade | 58,0955 |

Quadro 29- Estatística descritiva dos Domínios da WHOQOL-OLD

APÊNDICE XX

Qualidade de vida por local

(Quadro 30)

| Local onde Estão inscritos | | | Estatística |
|-----------------------------|----------------|---------|-------------|
| Como avalia a sua qualidade | Castelo Branco | Média | 3,1354 |
| | | Mediana | 3,0000 |
| | | Desvio | ,67465 |
| | | Padrão | |
| | Cebolais | Média | 3,6465 |
| | | Mediana | 4,0000 |
| | | Desvio | ,71875 |
| | | Padrão | |
| | Lardosa | Média | 2,9833 |
| | | Mediana | 3,0000 |
| | | Desvio | ,92958 |
| | | Padrão | |

Quadro 30 – Estatística descritiva do item Como avalia a sua qualidade de vida por local onde estão inscritos

APÊNDICE XXI

Domínios da escala de WHOQOL-BREF e Local onde
está inscrito (Quadro 31)

| Local onde Estão inscritos | | | Estatística |
|----------------------------|--------------------|---------------|-------------|
| Domínio Físico | Castelo Branco | Média | 55,3199 |
| | | Mediana | 57,1429 |
| | | Desvio padrão | 12,61887 |
| | Cebolais | Média | 57,5397 |
| | | Mediana | 57,1429 |
| | | Desvio padrão | 12,85561 |
| | Lardosa | Média | 51,0714 |
| | | Mediana | 53,5714 |
| | | Desvio padrão | 11,80487 |
| Domínio Psicológico | Castelo Branco | Média | 53,2986 |
| | | Mediana | 54,1667 |
| | | Desvio padrão | 15,89113 |
| | Cebolais | Média | 67,0034 |
| | | Mediana | 70,8333 |
| | | Desvio padrão | 16,08990 |
| | Lardosa | Média | 59,0972 |
| | | Mediana | 58,3333 |
| | | Desvio padrão | 17,19658 |
| Domínio Relações Sociais | Castelo Branco | Média | 59,8090 |
| | | Mediana | 58,3333 |
| | | Desvio padrão | 12,85290 |
| | Cebolais | Média | 69,3603 |
| | | Mediana | 66,6667 |
| | | Desvio padrão | 15,33028 |
| | Lardosa | Média | 58,7500 |
| | | Mediana | 58,3333 |
| | | Desvio padrão | 15,67870 |
| Domínio Ambiente | MeioCastelo Branco | Média | 55,6966 |
| | | Mediana | 53,1250 |
| | | Desvio padrão | 14,00478 |
| | Cebolais | Média | 66,0354 |
| | | Mediana | 65,6250 |
| | | Desvio padrão | 15,34602 |
| | Lardosa | Média | 56,4583 |
| | | Mediana | 59,3750 |
| | | Desvio padrão | 14,49707 |

Quadro 31 – Estatística descritiva dos domínios da escala WHOQOL_BREF e Local onde está inscrito

APÊNDICE XXII

Domínios da escala de WHOQOL-OLD e Local onde
está inscrito (Quadro 32)

| Local onde Estão inscritos | | | | Estatística |
|----------------------------|----------------|----------------|---------------|-------------|
| Domínio Sensoriais | Habilidades | Castelo Branco | Média | 69,1406 |
| | | | Mediana | 68,7500 |
| | | | Desvio padrão | 21,49458 |
| | Cebolais | | Média | 66,7730 |
| | | | Mediana | 68,7500 |
| | | | Desvio padrão | 21,64314 |
| | Lardosa | | Média | 62,2917 |
| | | | Mediana | 62,5000 |
| | | | Desvio padrão | 18,66033 |
| Domínio Autonomia | Castelo Branco | | Média | 55,1432 |
| | | | Mediana | 56,2500 |
| | | | Desvio padrão | 19,65983 |
| | Cebolais | | Média | 66,7730 |
| | | | Mediana | 68,7500 |
| | | | Desvio padrão | 14,97950 |
| | Lardosa | | Média | 56,4583 |
| | | | Mediana | 62,5000 |
| | | | Desvio padrão | 20,29205 |
| Domínio Actividades | Castelo Branco | | Média | 47,2005 |
| | | | Mediana | 43,7500 |
| | | | Desvio padrão | 14,47746 |
| | Cebolais | | Média | 62,1811 |
| | | | Mediana | 62,5000 |
| | | | Desvio padrão | 13,97175 |
| | Lardosa | | Média | 51,5625 |
| | | | Mediana | 56,2500 |
| | | | Desvio padrão | 17,13083 |
| Domínio Social | Participação | Castelo Branco | Média | 49,4141 |
| | | | Mediana | 50,0000 |
| | | | Desvio padrão | 18,16133 |
| | Cebolais | | Média | 67,3469 |
| | | | Mediana | 68,7500 |
| | | | Variance | 237,219 |
| | | | Desvio padrão | 15,40190 |
| | Lardosa | | Média | 56,6667 |
| | | | Mediana | 56,2500 |
| | | Variance | 252,737 | |
| | | Desvio padrão | 15,89769 | |
| Domínio Morte | Castelo Branco | | Média | 59,1797 |
| | | | Mediana | 62,5000 |
| | | | Desvio padrão | 22,95865 |
| | Cebolais | | Média | 44,4515 |
| | | | Mediana | 43,7500 |
| | | | Desvio padrão | 24,47718 |
| | Lardosa | | Média | 45,6250 |
| | | | Mediana | 50,0000 |
| | | | Desvio padrão | 25,78996 |
| Domínio Intimidade | Castelo Branco | | Média | 44,5964 |
| | | | Mediana | 43,7500 |
| | | | Desvio padrão | 26,66526 |
| | Cebolais | | Média | 71,6199 |
| | | | Mediana | 75,0000 |
| | | | Desvio padrão | 17,54432 |
| | Lardosa | | Média | 57,6042 |
| | | | Mediana | 56,2500 |
| | | | Desvio padrão | 19,56531 |

Quadro 32 – Estatística descritiva dos domínios da escala WHOQOL_OLD e Local onde está inscrito

APÊNDICE XXIII

Factores determinantes na qualidade de vida – Saúde
(Quadro 33)

| | | Até que ponto está satisfeito com a sua saúde | | | | | Total |
|-------------------------------------|---|---|--------------|---------------------------------|------------|------------------|--------|
| | | Muito Insatisfeito | Insatisfeito | Nem Satisfeito nem Insatisfeito | Satisfeito | Muito Satisfeito | |
| Como avalia a sua qualidade de vida | Muito má N | 6 | 2 | 1 | 0 | 0 | 9 |
| | % por Como avalia a sua qualidade | 66,7% | 22,2% | 11,1% | ,0% | ,0% | 100,0% |
| | % por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde | 37,5% | 3,1% | 1,3% | ,0% | ,0% | 3,5% |
| | Má N | 3 | 11 | 4 | 1 | 0 | 19 |
| | % por Como avalia a sua qualidade | 15,8% | 57,9% | 21,1% | 5,3% | ,0% | 100,0% |
| | % por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde | 18,8% | 17,2% | 5,3% | 1,1% | ,0% | 7,5% |
| | Nem Boa N nem Má | 6 | 39 | 46 | 30 | 3 | 124 |
| | % por Como avalia a sua qualidade | 4,8% | 31,5% | 37,1% | 24,2% | 2,4% | 100,0% |
| | % por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde | 37,5% | 60,9% | 61,3% | 33,3% | 30,0% | 86,6% |
| | Boa N | 1 | 11 | 23 | 53 | 5 | 93 |
| | % por Como avalia a sua qualidade | 1,1% | 11,8% | 24,7% | 57,0% | 5,4% | 100,0% |
| | % por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde | 6,3% | 17,2% | 30,7% | 58,9% | 50,0% | 65,5% |
| Total | Muito Boa N | 0 | 1 | 1 | 6 | 2 | 10 |
| | % por Como avalia a sua qualidade | ,0% | 10,0% | 10,0% | 60,0% | 20,0% | 100,0% |
| | % por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde | ,0% | 1,6% | 1,3% | 6,7% | 20,0% | 3,9% |
| Total | N | 16 | 64 | 75 | 90 | 10 | 255 |
| | % por Como avalia a sua qualidade | 6,3% | 25,1% | 29,4% | 35,3% | 3,9% | 100,0% |
| | % por Até que ponto está satisfeito com a sua saúde | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Quadro 33 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Como avalia a sua qualidade de vida e Até que ponto está satisfeito com a sua saúde

Apêndice XXIV

Factores determinantes na qualidade de vida / Ter
dinheiro
(Quadro 34)

| | | Tem dinheiro suficiente para fazer as suas necessidades | | | | | Total |
|-------------------------------------|---|---|--------|---------------|----------|---------------|--------|
| | | Nada | Pouco | Moderadamente | Bastante | Completamente | |
| Como avalia a sua qualidade de vida | Muito má N | 0 | 6 | 2 | 1 | 0 | 9 |
| | % por Como avalia a sua qualidade | ,0% | 66,7% | 22,2% | 11,1% | ,0% | 100,0% |
| | % por Tem dinheiro suficiente para fazer as suas necessidades | ,0% | 11,5% | 1,5% | 2,4% | ,0% | 3,5% |
| | Má N | 1 | 5 | 11 | 2 | 0 | 19 |
| | % por Como avalia a sua qualidade | 5,3% | 26,3% | 57,9% | 10,5% | ,0% | 100,0% |
| | % por Tem dinheiro suficiente para fazer as suas necessidades | 33,3% | 9,6% | 8,1% | 4,9% | ,0% | 7,5% |
| | Nem Boa nem Má N | 2 | 33 | 72 | 9 | 8 | 124 |
| | % por Como avalia a sua qualidade | 1,6% | 26,6% | 58,1% | 7,3% | 6,5% | 100,0% |
| | % por Tem dinheiro suficiente para fazer as suas necessidades | 66,7% | 63,5% | 52,9% | 22,0% | 34,8% | 48,6% |
| | Boa N | 0 | 7 | 47 | 26 | 13 | 93 |
| | % por Como avalia a sua qualidade | ,0% | 7,5% | 50,5% | 28,0% | 14,0% | 100,0% |
| | % por Tem dinheiro suficiente para fazer as suas necessidades | ,0% | 13,5% | 34,6% | 63,4% | 56,5% | 36,5% |
| | Muito Boa N | 0 | 1 | 4 | 3 | 2 | 10 |
| | % por Como avalia a sua qualidade | ,0% | 10,0% | 40,0% | 30,0% | 20,0% | 100,0% |
| | % por Tem dinheiro suficiente para fazer as suas necessidades | ,0% | 1,9% | 2,9% | 7,3% | 8,7% | 3,9% |
| | Total N | 3 | 52 | 136 | 41 | 23 | 255 |
| | % por Como avalia a sua qualidade | 1,2% | 20,4% | 53,3% | 16,1% | 9,0% | 100,0% |
| | % por Tem dinheiro suficiente para fazer as suas necessidades | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Quadro 34 – Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Como avalia a sua qualidade de vida e tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades

APÊNDICE XXV

Factores determinantes na qualidade de vida – Relações
interpessoais
(Quadro 35)

| | | | Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais | | | | | Total |
|-------------------------------------|----------------|--|--|--------------|---------------------------------|------------|------------------|--------|
| | | | Muito Insatisfeito | Insatisfeito | Nem Satisfeito nem Insatisfeito | Satisfeito | Muito Satisfeito | |
| Como avalia a sua qualidade de vida | Muito má | Por | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 9 |
| | | % por Como avalia a sua qualidade | 22,2% | 22,2% | 33,3% | 11,1% | 11,1% | 100,0% |
| | | % por Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais | 50,0% | 10,0% | 5,5% | ,8% | 2,1% | 3,5% |
| | Má | Por | 1 | 6 | 4 | 6 | 2 | 19 |
| | | % por Como avalia a sua qualidade | 5,3% | 31,6% | 21,1% | 31,6% | 10,5% | 100,0% |
| | | % por Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais | 25,0% | 30,0% | 7,3% | 4,7% | 4,3% | 7,5% |
| | Nem Boa nem Má | Por | 1 | 9 | 37 | 56 | 21 | 124 |
| | | % por Como avalia a sua qualidade | ,8% | 7,3% | 29,8% | 45,2% | 16,9% | 100,0% |
| | | % por Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais | 25,0% | 45,0% | 67,3% | 43,4% | 44,7% | 48,6% |
| | Boa | Por | 0 | 3 | 10 | 62 | 18 | 93 |
| | | % por Como avalia a sua qualidade | ,0% | 3,2% | 10,8% | 66,7% | 19,4% | 100,0% |
| | | % por Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais | ,0% | 15,0% | 18,2% | 48,1% | 38,3% | 36,5% |
| | Muito Boa | Por | 0 | 0 | 1 | 4 | 5 | 10 |
| | | % por Como avalia a sua qualidade | ,0% | ,0% | 10,0% | 40,0% | 50,0% | 100,0% |
| | | % por Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais | ,0% | ,0% | 1,8% | 3,1% | 10,6% | 3,9% |
| Total | Por | | 4 | 20 | 55 | 129 | 47 | 255 |
| | | % por Como avalia a sua qualidade | 1,6% | 7,8% | 21,6% | 50,6% | 18,4% | 100,0% |
| | | % por Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Quadro 35- Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Como avalia a sua qualidade de vida e Até que ponto está satisfeito com as suas relações interpessoais

APÊNDICE XXVI

Factores determinantes na qualidade de vida – Sintomas
depressivos
(Quadro 36)

| | | | Com que frequência tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão | | | | | Total |
|-------------------------------------|----------------|--|--|--------------|---------------|----------------|--------|--------|
| | | | Nunca | Poucas vezes | Algumas vezes | Frequentemente | Sempre | |
| Como avalia a sua qualidade de vida | Muito má | Por | 0 | 0 | 0 | 3 | 6 | 9 |
| | | % por Como avalia a sua qualidade | ,0% | ,0% | ,0% | 33,3% | 66,7% | 100,0% |
| | | % por Com que frequência tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão | ,0% | ,0% | ,0% | 4,8% | 24,0% | 3,5% |
| | Má | Por | 0 | 1 | 1 | 13 | 4 | 19 |
| | | % por Como avalia a sua qualidade | ,0% | 5,3% | 5,3% | 68,4% | 21,1% | 100,0% |
| | | % por Com que frequência tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão | ,0% | 2,1% | 1,1% | 20,6% | 16,0% | 7,5% |
| | Nem Boa nem Má | Por | 10 | 22 | 41 | 40 | 11 | 124 |
| | | % por Como avalia a sua qualidade | 8,1% | 17,7% | 33,1% | 32,3% | 8,9% | 100,0% |
| | | % por Com que frequência tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão | 32,3% | 45,8% | 46,6% | 63,5% | 44,0% | 48,6% |
| | Boa | Por | 15 | 25 | 43 | 6 | 4 | 93 |
| | | % por Como avalia a sua qualidade | 16,1% | 26,9% | 46,2% | 6,5% | 4,3% | 100,0% |
| | | % por Com que frequência tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão | 48,4% | 52,1% | 48,9% | 9,5% | 16,0% | 36,5% |
| | Muito Boa | Por | 6 | 0 | 3 | 1 | 0 | 10 |
| | | % por Como avalia a sua qualidade | 60,0% | ,0% | 30,0% | 10,0% | ,0% | 100,0% |
| | | % por Com que frequência tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão | 19,4% | ,0% | 3,4% | 1,6% | ,0% | 3,9% |
| Total | | Por | 31 | 48 | 88 | 63 | 25 | 255 |
| | | % por Como avalia a sua qualidade | 12,2% | 18,8% | 34,5% | 24,7% | 9,8% | 100,0% |
| | | % por Com que frequência tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Quadro 36- Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Como avalia a sua qualidade de vida e com que frequência tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão

APÊNDICE XXVII

Factores determinantes na qualidade de vida – Solidão

(Quadro 37)

| | | | Influência Negativa _solidão | | Total |
|---|-------------------|------------------------------------|---------------------------------|--------|--------|
| | | | sim | não | |
| Como avalia a sua qualidade de vida | Muito má | Por | 4 | 5 | 9 |
| | | % por Como avalia a sua qualidade | 44,4% | 55,6% | 100,0% |
| | | % por Influência Negativa _solidão | 8,5% | 2,4% | 3,5% |
| | Má | Por | 6 | 13 | 19 |
| | | % por Como avalia a sua qualidade | 31,6% | 68,4% | 100,0% |
| | | % por Influência Negativa _solidão | 12,8% | 6,3% | 7,5% |
| | Nem Boa nem Má | Por | 26 | 98 | 124 |
| | | % por Como avalia a sua qualidade | 21,0% | 79,0% | 100,0% |
| | | % por Influência Negativa _solidão | 55,3% | 47,1% | 48,6% |
| | Boa | Por | 10 | 83 | 93 |
| | | % por Como avalia a sua qualidade | 10,8% | 89,2% | 100,0% |
| | | % por Influência Negativa _solidão | 21,3% | 39,9% | 36,5% |
| | Muito Boa | Por | 1 | 9 | 10 |
| | | % por Como avalia a sua qualidade | 10,0% | 90,0% | 100,0% |
| | | % por Influência Negativa _solidão | 2,1% | 4,3% | 3,9% |
| Total | | Por | 47 | 208 | 255 |
| | | % por Como avalia a sua qualidade | 18,4% | 81,6% | 100,0% |
| | | % por Influência Negativa _solidão | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Quadro 37 - Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Como avalia a sua qualidade de vida e Até que ponto está satisfeito com a sua saúde e solidão como influência negativa

APÊNDICE XXVIII

Factores determinantes na qualidade de vida – Grau de
dependência
(Quadro 38)

| | | | Como avalia a sua qualidade | | | | | Total |
|------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|--------|-------------------|--------|-----------|--------|
| | | | Muito má | Má | Nem Boa nem Má | Boa | Muito Boa | |
| Score de Barthel | Grave | N | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | | % por Score de Barthel | ,0% | ,0% | 100,0% | ,0% | ,0% | 100,0% |
| | | % por Como avalia a sua qualidade | ,0% | ,0% | ,8% | ,0% | ,0% | ,4% |
| | Moderado | N | 3 | 3 | 10 | 1 | 0 | 17 |
| | | % por Score de Barthel | 17,6% | 17,6% | 58,8% | 5,9% | ,0% | 100,0% |
| | | % por Como avalia a sua qualidade | 33,3% | 15,8% | 8,1% | 1,1% | ,0% | 6,7% |
| | Ligeiro | N | 3 | 5 | 17 | 4 | 0 | 29 |
| | | % por Score de Barthel | 10,3% | 17,2% | 58,6% | 13,8% | ,0% | 100,0% |
| | | % por Como avalia a sua qualidade | 33,3% | 26,3% | 13,7% | 4,3% | ,0% | 11,4% |
| Independente | N | 3 | 11 | 96 | 88 | 10 | 208 | |
| | % por Score de Barthel | 1,4% | 5,3% | 46,2% | 42,3% | 4,8% | 100,0% | |
| | % por Como avalia a sua qualidade | 33,3% | 57,9% | 77,4% | 94,6% | 100,0% | 81,6% | |
| Total | N | 9 | 19 | 124 | 93 | 10 | 255 | |
| | % por Score de Barthel | 3,5% | 7,5% | 48,6% | 36,5% | 3,9% | 100,0% | |
| | % por Como avalia a sua qualidade | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |

Quadro 38 - Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Score de Barthel e Como avalia a sua qualidade de vida

APÊNDICE XXIX

Estilos de vida dos idosos

(Quadro 39, 40, 41 e 42)

| | | | Sexo dos inquiridos | | Total |
|-------|---------------------------|---------------------------|---------------------|----------|--------|
| | | | Masculino | Feminino | |
| Fuma? | Sim | N | 13 | 3 | 16 |
| | | % por Fuma? | 81,3% | 18,8% | 100,0% |
| | | % por Sexo dos inquiridos | 15,1% | 1,8% | 6,3% |
| | Não | N | 73 | 166 | 239 |
| | | % por Fuma? | 30,5% | 69,5% | 100,0% |
| | | % por Sexo dos inquiridos | 84,9% | 98,2% | 93,7% |
| Total | N | 86 | 169 | 255 | |
| | % por Fuma? | 33,7% | 66,3% | 100,0% | |
| | % por sexo dos inquiridos | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |

Quadro 39 - Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Hábitos tabágicos e sexo

| | | | | Sexo dos inquiridos | | Total |
|----------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--------|---------------------|----------|--------|
| | | | | Masculino | Feminino | |
| Ingere bebidas Alcoólicas? | Sim | N | | 30 | 1 | 31 |
| | | % por Ingere bebidas alcoólicas? | | 96,8% | 3,2% | 100,0% |
| | | % por Sexo dos inquiridos | | 34,9% | ,6% | 12,2% |
| | Não | N | | 56 | 168 | 224 |
| | | % por Ingere bebidas alcoólicas? | | 25,0% | 75,0% | 100,0% |
| | | % por Sexo dos inquiridos | | 65,1% | 99,4% | 87,8% |
| Total | N | | 86 | 169 | 255 | |
| | % por Ingere bebidas alcoólicas? | | 33,7% | 66,3% | 100,0% | |
| | % por Sexo dos inquiridos | | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |

Quadro 40 - Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Hábitos alcoólicos e sexo

| | | | Sexo dos inquiridos | | Total |
|-----------------------|-----|-----------------------------|---------------------|----------|--------|
| | | | Masculino | Feminino | |
| Faz exercício físico? | Sim | N | 25 | 29 | 54 |
| | | % por Faz exercício físico? | 46,3% | 53,7% | 100,0% |
| | | % por Sexo dos inquiridos | 29,1% | 17,2% | 21,2% |
| | não | N | 61 | 140 | 201 |
| | | % por Faz exercício físico? | 30,3% | 69,7% | 100,0% |
| | | % por Sexo dos inquiridos | 70,9% | 82,8% | 78,8% |
| Total | N | 86 | 169 | 255 | |
| | | % por Faz exercício físico? | 33,7% | 66,3% | 100,0% |
| | | % por Sexo dos inquiridos | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Quadro 41 - Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Faz exercício físico e sexo

| | | Sexo dos inquiridos | | Total |
|--|--|---------------------|----------|------------|
| | | Masculino | Feminino | |
| Toma medicamentos para a Sim dor frequentemente | N | 20 | 89 | 109 |
| | % por Toma medicamentos para a dor frequentemente | 18,3% | 81,7% | 100,0 % |
| | % por Sexo dos inquiridos | 23,3% | 52,7% | 42,7% |
| | Não | 66 | 80 | 146 |
| | % por Toma medicamentos para a dor frequentemente | 45,2% | 54,8% | 100,0 % |
| | % por Sexo dos inquiridos | 76,7% | 47,3% | 57,3% |
| Total | N | 86 | 169 | 255 |
| | % por Toma medicamentos para a dor frequentemente | 33,7% | 66,3% | 100,0 % |
| | % por Sexo dos inquiridos | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| | | % | % | % |

Quadro 42 - Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Toma medicamentos para as dores e
sexo

APÊNDICE XXX

Factores sociais – Segurança

(Quadro 43 e 44)

| | | | Sexo dos inquiridos | | Total |
|--|--|--|---------------------|----------|--------|
| | | | Masculino | Feminino | |
| Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia | Nada | N | 0 | 5 | 5 |
| | | % por Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia | ,0% | 100,0% | 100,0% |
| | | % por Sexo dos inquiridos | ,0% | 3,0% | 2,0% |
| | Pouco | N | 17 | 35 | 52 |
| | | % por Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia | 32,7% | 67,3% | 100,0% |
| | | % por Sexo dos inquiridos | 19,8% | 20,7% | 20,4% |
| | Nem Muito nem Pouco | N | 31 | 63 | 94 |
| | | % por Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia | 33,0% | 67,0% | 100,0% |
| | | % por Sexo dos inquiridos | 36,0% | 37,3% | 36,9% |
| | Muito | N | 32 | 59 | 91 |
| | | % por Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia | 35,2% | 64,8% | 100,0% |
| | | % por Sexo dos inquiridos | 37,2% | 34,9% | 35,7% |
| | Muitíssimo | N | 6 | 7 | 13 |
| | | % por Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia | 46,2% | 53,8% | 100,0% |
| | | % por Sexo dos inquiridos | 7,0% | 4,1% | 5,1% |
| Total | N | 86 | 169 | 255 | |
| | % por Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia | 33,7% | 66,3% | 100,0% | |
| | % por Sexo dos inquiridos | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |

Quadro 43 - Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia e sexo

| | | | Sexo dos inquiridos | | Total |
|--|--|--|---------------------|----------|--------|
| | | | Masculino | Feminino | |
| Em que medida é saudável o seu ambiente físico | Nada | N | 0 | 4 | 4 |
| | | % por Em que medida é saudável o seu ambiente físico | ,0% | 100,0% | 100,0% |
| | | % por Sexo dos inquiridos | ,0% | 2,4% | 1,6% |
| | Pouco | N | 10 | 23 | 33 |
| | | % por Em que medida é saudável o seu ambiente físico | 30,3% | 69,7% | 100,0% |
| | | % por Sexo dos inquiridos | 11,6% | 13,6% | 12,9% |
| | Nem Muito nem Pouco | N | 27 | 46 | 73 |
| | | % por Em que medida é saudável o seu ambiente físico | 37,0% | 63,0% | 100,0% |
| | | % por Sexo dos inquiridos | 31,4% | 27,2% | 28,6% |
| | Muito | N | 43 | 80 | 123 |
| | | % por Em que medida é saudável o seu ambiente físico | 35,0% | 65,0% | 100,0% |
| | | % por Sexo dos inquiridos | 50,0% | 47,3% | 48,2% |
| | Muitíssimo | N | 6 | 16 | 22 |
| | | % por Em que medida é saudável o seu ambiente físico | 27,3% | 72,7% | 100,0% |
| | | % por Sexo dos inquiridos | 7,0% | 9,5% | 8,6% |
| Total | N | 86 | 169 | 255 | |
| | % por Em que medida é saudável o seu ambiente físico | 33,7% | 66,3% | 100,0% | |
| | % por Sexo dos inquiridos | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |

Quadro 44 - Distribuição absoluta e percentual dos idosos por em que medida é saudável o seu ambiente físico e sexo

APÊNDICE XXXI

Factores psicológicos - Sentimentos negativos

(Quadro 45)

| | | | Sexo dos inquiridos | | Total |
|--|--|--|---------------------|----------|--------|
| | | | Masculino | Feminino | |
| Com que frequência tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão | Nunca | N | 20 | 11 | 31 |
| | | % por Com que frequência tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão | 64,5% | 35,5% | 100,0% |
| | | % por Sexo dos inquiridos | 23,3% | 6,5% | 12,2% |
| | Poucas vezes | N | 21 | 27 | 48 |
| | | % por Com que frequência tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão | 43,8% | 56,3% | 100,0% |
| | | % por Sexo dos inquiridos | 24,4% | 16,0% | 18,8% |
| | Algumas vezes | N | 29 | 59 | 88 |
| | | % por Com que frequência tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão | 33,0% | 67,0% | 100,0% |
| | | % por Sexo dos inquiridos | 33,7% | 34,9% | 34,5% |
| | Frequentemente | N | 15 | 48 | 63 |
| | | % por Com que frequência tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão | 23,8% | 76,2% | 100,0% |
| | | % por Sexo dos inquiridos | 17,4% | 28,4% | 24,7% |
| | Sempre | N | 1 | 24 | 25 |
| | | % por Com que frequência tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão | 4,0% | 96,0% | 100,0% |
| | | % por Sexo dos inquiridos | 1,2% | 14,2% | 9,8% |
| Total | N | 86 | 169 | 255 | |
| | % por Com que frequência tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão | 33,7% | 66,3% | 100,0% | |
| | % por Sexo dos inquiridos | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |

Quadro 45 - Distribuição absoluta e percentual dos idosos por Com que frequência tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão e sexo

ANEXO XXXII

(Convite para a aula de Educação física em Cebolais)

CONVITE



ACTIVIDADE FÍSICA NA TERCEIRA IDADE

Um grupo de enfermeiras, juntamente com as educadoras e professor de educação física do seu educando, vai realizar uma aula dedicada ao tema actividade física. O principal objectivo é divulgar a importância da **actividade física na terceira idade** e demonstrar como é possível fazê-lo com os mais novos. Vimos então convidar os avós do seu educando a participar nesta actividade que irá realizar-se no próximo dia **18 de Maio no Infantário de Cebolais de Cimapelas 16.30h.**

Aconselhamos que tragam roupa e calçado prático.

Nº de Avós a participar _____

APÊNDICE XXXIII

Fotografias da Aula de Educação física em Cebolais



APÊNDICE XXXIV

Brochura sobre Actividade Física

ACTIVIDADE FÍSICA NA TERCEIRA IDADE



**A ACTIVIDADE
FÍSICA E O
CONVÍVIO SÃO
ESSENCIAIS PARA
UMA TERCEIRA
IDADE SAUDÁVEL
E COM MELHOR
QUALIDADE DE
VIDA!**

✓ **CONTROLO E PREVENÇÃO DE
DOENÇAS CRÓNICAS COMO A
HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES**

✓ **MANTÉM SAUDÁVEIS OS OSSOS E OS
MÚSCULOS MANTENDO A AGILIDADE E
PREVENINDO AS QUEDAS**

✓ **CONTROLA AS DORES NAS COSTAS
E NOS JOELHOS AJUDANDO A
DIMINUIR O CONSUMO DE
MEDICAMENTOS**

✓ **REDUZ O STRESS, ANSIEDADE E
DEPRESSÃO MELHORANDO A
QUALIDADE DO SONO**

✓ **MELHORA A AUTO-ESTIMA, A
AUTOCONFIANÇA, A AFECTIVIDADE E
A SOCIALIZAÇÃO**

APÊNDICE XXXV

Plano de formação da sessão de educação para a saúde
em Cebolais

Entidade: Escola Superior Saúde Portalegre

Curso: Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem

Modulo : Estágio

Formadoras: Enf. Ana Figueira, Enf Ana Martins, Enf Filomena Rodrigues, Enf Leonor Brazão, Enf. Manuela Sebastião e Enf Sónia Catana e Fisioterapeuta Ana Cunha

Data: 18 Maio 2011

Local: Cebolais de Cima

Hora: 16h30min

Duração da sessão: 60 min.

Destinatários:

Idosos com mais de 65 anos e crianças

Objectivos gerais:

Promover a Qualidade de Vida/ Envelhecimento activo em 10% dos Idosos com mais de 65 anos inscritos nos ficheiros clínicos da Extensão de Saúde Lardosa, no período de 14 de fevereiro ate final de junho de 2011

Objectivos específicos:

Até Junho de 2011, 10% dos idosos com mais de 65 anos, pertencentes a três extensões de saúde da ULS de Castelo Branco, deverão ter assistido a sessões de educação sobre benefícios da actividade física, alimentação saudável e prevenção de acidentes domésticos.

Até Junho de 2011, deverão ser distribuídos brochuras informativas sobre hábitos de vida saudáveis, a 70% dos idosos com mais de 65 anos, inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 de Castelo Branco.

Até Junho de 2011, 10% dos idosos com mais de 65 anos, pertencentes a três extensões de saúde da ULS de Castelo Branco, deverão ser aconselhados sobre formas de praticar exercício físico.

Até Junho de 2011, 10% dos idosos com mais de 65 anos, pertencentes a três extensões de saúde da ULS de Castelo Branco, deverão ter participado numa aula de ginástica.

Até Junho de 2011, 10% dos idosos com mais de 65 anos, dos idosos com mais de 65 anos, inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 de Castelo Branco, deverão ter participado numa actividade de grupo lúdica que promova a participação social do idoso.

Conteúdos programáticos:

Introdução: Referir a importância da adopção de hábitos de vida saudáveis

Desenvolvimento: Informar sobre os benefícios da actividade física, adopção de uma alimentação equilibrada, prevenção de acidentes domésticos e prevenção do isolamento social.

Conclusão: O conhecimento e adopção destas medidas contribuirão para um envelhecimento com maior qualidade de vida.

Métodos

Método activo, (interrogativo,expositivo e participativo)

Técnicas pedagógicas:

Apresentação através do software powerpoint, curta sessão de exercícios práticos e processo de esclarecimento de duvidas aos formandos.

Recursos didáticos:

Computador, Projector, Brochuras informativas e Convite

Formas de avaliação:

Questionário de avaliação acerca da formação apresentada.

APÊNDICE XXXVI

Diapositivos da sessão de educação para a saúde em
cebolais

Lardosa, 30 de Maio de 2011
Promoção da Saúde
Qualidade de Vida / Estilos de vida saudáveis

Organização:
 Enfermeiras
 Ana Martins
 Ana Figueira
 Filomena Rodrigues
 Leonor Brazão
 Manuela Sebastião
 Sónia Catana
 Fisioterapeuta:
 Ana Cunha



Qualidade de vida dos idosos- Mestrado em Enfermagem- Comunitária

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E QUALIDADE DE VIDA

A MANUTENÇÃO DE UM BOM ESTADO NUTRICIONAL É PARTE INTEGRANTE DE UM ENVELHECIMENTO BEM SUCEDIDO E COM MELHOR QUALIDADE DE VIDA!




Qualidade de vida dos idosos- Mestrado em Enfermagem- Comunitária

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E QUALIDADE DE VIDA

A alimentação correcta é um dos factores mais influentes na saúde e bem estar do ser humano

A maioria das pessoas arrasta o peso de doenças crónicas e sobrevive à custa de muita medicação. O sedentarismo e os erros alimentares agravam todo este processo.

As necessidades nutricionais dos idosos devem-se adequar às alterações inerentes ao envelhecimento.



Qualidade de vida dos idosos- Mestrado em Enfermagem- Comunitária

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E QUALIDADE DE VIDA

- Pequeno-almoço completo, variado, equilibrado e ajustado;
- Reparta a comida por várias refeições;
- Dê preferência às frutas e verduras da época, que apresentam maior teor de vitaminas;

Prefira os cereais integrais (pão, arroz, massa integral), ricos em fibras, às farinhas refinadas;



Qualidade de vida dos idosos- Mestrado em Enfermagem- Comunitária

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E QUALIDADE DE VIDA

- Prefira leites e iogurtes com pouca quantidade de gordura;
- Diminua o consumo de sal, açúcar e bebidas alcoólicas
- Consuma alimentos ricos em antioxidantes: frutas cítricas, couves, brócolos, tomate (vitamina C), amêndoas, nozes, gema de ovo, vegetais folhosos, legumes, cenoura, abóbora, damasco seco e melão (vitamina A)

Consuma pelo menos 1,5 L de água por dia.



Qualidade de vida dos idosos- Mestrado em Enfermagem- Comunitária

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E QUALIDADE DE VIDA



Qualidade de vida dos idosos- Mestrado em Enfermagem- Comunitária

O exercício no Idoso

Benefícios da actividade física

- ✓ Ajuda a prevenir/reduzir a osteoporose, reduzindo o risco de fracturas do colo do fémur nas mulheres;
- ✓ Pode ajudar no tratamento de situações dolorosas, nomeadamente dores lombares e dores nos joelhos;
- ✓ Ajuda a prevenir e controlar comportamentos de risco (tabagismo, alcoolismo, alimentação não saudável)

Qualidade de vida dos idosos: Mestrado em Enfermagem - Comunidade

O exercício no Idoso

Benefícios da actividade física

- Permite a integração e a participação na comunidade;
- Permite uma actividade social que lhe pode proporcionar sentimentos de satisfação e produtividade;
- Permite preservar e readquirir a flexibilidade, o equilíbrio e a coordenação de movimentos, (Evita lesões e previne quedas);

Qualidade de vida dos idosos: Mestrado em Enfermagem - Comunidade

O exercício no Idoso

Prevenção das doenças Degenerativas osteo-articulares

- Prática regular de exercício físico
- Alimentação equilibrada
- Exposição ponderada aos raios solares e resguardo de alterações de temperatura

Qualidade de vida dos idosos: Mestrado em Enfermagem - Comunidade

O exercício no Idoso


Cuidados elementares na prática do exercício físico:

- ✓ Avaliação do estado nutricional e regime alimentar
- ✓ Exame médico prévio para despiste de:
 - ✓ deficiências osteoarticulares
 - ✓ Doenças cardiovasculares
 - ✓ Doenças em fase aguda
 - ✓ Doenças infecto-contagiosas
 - ✓ Insuficiência cardíaca, renal ou hepática

Qualidade de vida dos idosos: Mestrado em Enfermagem - Comunidade

O exercício no Idoso

Características do exercício físico no idoso




- ✓ Iniciação progressiva para melhorar a condição cardiovascular, respiratória e osteo-articular;
- ✓ Iniciar com períodos de marcha de duração crescente;
- ✓ Regular os batimentos cardíacos;
- ✓ Cumprir alguns minutos de aquecimento, a ritmo lento, com exercícios de fraca amplitude, automobilização, e alongamentos.

Qualidade de vida dos idosos: Mestrado em Enfermagem - Comunidade

O exercício no Idoso

Actividades que o idoso pode fazer?


- ✓ Caminhada
- ✓ Danças de salão
- ✓ Ioga
- ✓ Natação
- ✓ Hidroginástica
- ✓ Hidroterapia
- ✓ Ginástica
- ✓ Jardinagem



Qualidade de vida dos idosos: Mestrado em Enfermagem - Comunidade

O exercício no Idoso

Contra-indicações para a prática de actividade física




- ✓ Enfarte do miocárdio recente (« 6 semanas)
- ✓ Insuficiência cardíaca;
- ✓ Suspeita ou conhecimento de flebotrombose;
- ✓ Infecções activas ou recentes;
- ✓ Transtornos metabólicos não controlados;

Qualidade de vida dos idosos: Postgrado em Enfermagem Comunitária

O exercício no Idoso

ESTIQUE-SE POR FAVOR !!!



A maioria das pessoas descarta os exercícios de alongamentos. Tendem geralmente a vê-los como uma espécie de aquecimento maçador que se faz antes e depois das aulas de ginástica.

Porém, a flexibilidade é uma parte fundamental da nossa condição física, sendo cada vez mais praticada enquanto exercício em si mesmo.

Qualidade de vida dos idosos: Postgrado em Enfermagem Comunitária

O exercício no Idoso

BENEFÍCIOS DO EXERCÍCIO DE ALONGAMENTO

- Previnem problemas osteo-articulares, nos músculos, tendinites, etc...
- Asseguram a manutenção de um tónus muscular correcto;
- Flexibilizam os ligamentos posteriores da coluna vertebral, ajudando a manter o seu equilíbrio;
- Preparam o músculo para a actividade física, mobilizando as membranas fibrosas;
- Aumentam a temperatura do corpo e o ritmo cardíaco;
- Ajudam-nos a concentrar e a diminuir os níveis de ansiedade;

Qualidade de vida dos idosos: Postgrado em Enfermagem Comunitária

O exercício no Idoso


Benef. Exercícios de alongamento (cont.)

- Ajudam a eliminar o ácido láctico (responsável pela sensação de dor ou ardor muscular) acumulado nos tecidos musculares após o exercício;
- Feitos regularmente e com correcção os exercícios de alongamento podem ajudá-lo a melhorar gradualmente a sua flexibilidade, mobilidade e forma física.
- São adequados a pessoas de qualquer idade e sexo, independentemente da condição física.

Qualidade de vida dos idosos: Postgrado em Enfermagem Comunitária

O exercício no Idoso


O exercício físico é fundamental para retardar o processo de envelhecimento, permitindo viver mais tempo, com mais força e energia.



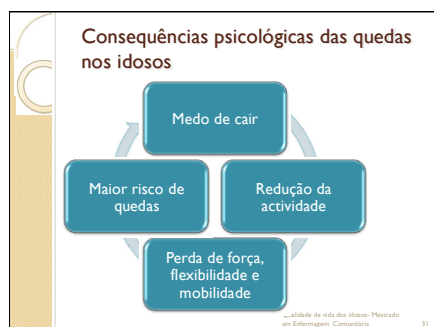
Qualidade de vida dos idosos: Postgrado em Enfermagem Comunitária

Prevenção de acidentes

- ✓ A direcção Geral de Saúde aponta as quedas como causa de cerca de 70% dos acidentes em idosos.
- ✓ Ocorrem normalmente devido a uma mudança inesperada de posição ou de direcção e que não é Corrigida.
- ✓ A principal causa de acidentes nos idosos são as Quedas, com graves repercussões na morbilidade e mortalidade.



Qualidade de vida dos idosos: Postgrado em Enfermagem Comunitária



Causas mais frequentes de acidentes:

- ✍ Má iluminação;
- ✍ Escadas com degraus de tamanhos diferentes;
- ✍ Mobiliário instável;
- ✍ Banheira ou chuveiro sem barras de apoio ou tapete antiderrapante;
- ✍ Fios eléctricos ou de telefone, deixados no chão;
- ✍ Portas não niveladas com o chão;
- ✍ Andar sobre pavimentos molhados, húmidos ou encerados ;

Enfermeira Filomena Rodrigues

Causas mais frequentes de acidentes:

- ✍ Pôr-se em cima de bancos, escadote ou cadeira;
- ✍ Tapetes de quarto sem forro antiderrapante;
- ✍ Tapetes pequenos;
- ✍ Andar só com as meias ou usar chinelos ou sapatos mal ajustados;
- ✍ Deficiente funcionamento dos mecanismos de equilíbrio;
 - ✍ Diminuição da orientação no espaço, por problemas de visão ou audição;
 - ✍ Efeito de medicação (diminuem a vigilância)

Enfermeira Filomena Rodrigues

Prevenção das quedas:

- ✍ Fazer exercício físico com regularidade, de modo a melhorar a condição física, em termos de agilidade e rapidez de resposta;
- ✍ Cumprir uma dieta equilibrada;
- ✍ Prevenir a osteoporose;
- ✍ Cumprir as prescrições medicamentosas;
- ✍ Tratar calosidades e verrugas dolorosas;
- ✍ Usar sapatos à medida, com solas aderentes de borracha, com saltos largos, calcanhares reforçados e presilhas ou atacadores (evitar que os pés dancem dentro dos sapatos).

Enfermeira Filomena Rodrigues

Prevenção das quedas:

- ✍ Não usar camisas de dormir nem roupões compridos, para não tropeçar;
- ✍ Recuperar o equilíbrio quando se muda de uma posição para outra;
- ✍ Ao levantar da cama, sentar primeiro alguns minutos, e ficar parado alguns minutos antes de começar a andar;
- ✍ Proceder de forma equivalente ao levantar-se de uma cadeira;
- ✍ Aprender a dobrar-se e a alcançar adequadamente o que se pretende, sem perder o equilíbrio;

Enfermeira Filomena Rodrigues

Prevenção das quedas:

Na casa de banho:

- ✍ Mantenha o chão seco depois de tomar banho, ou se possível coloque um tapete com ventosas;
- ✍ Instale barras de apoio próximas do chuveiro e da sanita;
- ✍ Em caso de falta de equilíbrio, utilizar uma cadeira de chuveiro;
- ✍ Não tranque a porta da casa de banho;

Qualidade de vida dos idosos- Perfilado em Enfermagem- Comunitária

Como proceder após uma queda:

- Comunicar sempre ao Médico e/ou Enfermeira, porque ainda que não cause lesões a queda pode ser sinal de doença ou devida à medicação tomada;
- Em caso de dor muito intensa e localizada (suspeita de fractura), não deve tentar levantar-se; pedir ajuda imediata e manter a temperatura corporal.

Enfermeira Filomena Rodrigues 37

Lardosa, 30 de Maio de 2011

Promoção da Saúde
Qualidade de Vida / Estilos de vida saudáveis

Organização:
Enfermeiras
Ana Martins
Ana Figueira
Filomena Rodrigues
Leonor Brazão
Manuela Sebastião
Sónia Catana
Fisioterapeuta:
Ana Cunha



OBRIGADO...
CUIDEM DA VOSSA SAÚDE

Coordenador de Saúde na Alameda: Patrício
em Enfermagem Comunitária 38

APÊNDICE XXXVII

Brochura informativa sobre Alimentação

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA TERCEIRA IDADE



**A MANUTENÇÃO DE UM BOM
ESTADO NUTRICIONAL É PARTE
INTEGRANTE DE UM
ENVELHECIMENTO BEM
SUCEDIDO E COM MELHOR
QUALIDADE DE VIDA!**

ALGUNS CONSELHOS:

REPARTA A COMIDA POR VÁRIAS REFEIÇÕES.

DÊ PREFERÊNCIA ÀS FRUTAS E VERDURAS DA ÉPOCA, QUE APRESENTAM MAIOR TEOR DE VITAMINAS.

PREFIRA OS CEREAIS INTEGRAIS (PÃO, ARROZ, MASSA INTEGRAL), RICOS EM FIBRAS, ÀS FARINHAS REFINADAS.

PREFIRA LEITES E IOGURTES DESNATADOS E QUEIJOS BRANCOS.

RESTRINGA ÓLEOS, GORDURAS E ALIMENTOS GORDOS.

ELIMINE OU REDUZA O SAL, O AÇÚCAR E BEBIDAS ALCOÓLICAS.

CONSUMA AO MENOS 1,5 L DE ÁGUA POR DIA.

BEBER MUITA ÁGUA QUANDO SE AUMENTA O CONSUMO DE FIBRAS, AJUDA O FUNCIONAMENTO INTESTINAL.

APÊNDICE XXXVIII

Brochura informativa sobre Prevenção de Quedas

VENÇÃO
IDENTES
ÉTICOS
ESSOAS
OSAS





EM CASA

- Utilize poucos móveis nos ambientes, para facilitar a circulação;
- Mantenha os objectos que usa com frequência em armários onde chegue com facilidade e sem precisar de subir em um banco;
- Deixe sempre as gavetas dos armários fechadas para não tropeçar;
- Elimine tapetes ou carpetes soltos;
- Mantenha números de emergência escritos em letra legível em todos os telefones;
- Evite trancar as portas por dentro;
- Avalie presença de animais domésticos, pois podem interpor-se diante do idoso, oferecendo perigo de queda.
- Use sapatos fortes com solas finas antiderrapantes;

NO QUARTO

- Levante-se lentamente depois de se sentar ou deitar. Sente-se na borda da

PREVINA AS QUEDAS...

cama ou cadeira até não sentir nenhuma tontura;

- Organize as roupas de modo a estarem à mão;
- Não coloque as roupas em gavetas mais baixas que os joelhos nem mais altas que o peito;
- Não use roupas demasiado longas nem demasiado largas;

NA CASA DE BANHO

- Mantenha o chão seco depois de tomar banho. Ou se possível ponha um tapete com ventosas;
- Instale barras de apoio próximas do chuveiro e da sanita;
- Nunca use porta toilhas, porta sabonetes ou prateleiras como apoio;
- Em caso de falta de equilíbrio utilizar uma cadeira de chuveiro.

ILUMINAÇÃO

- Adicione luz em zonas escuras. Pendure cortinas leves em janelas e portas para manter

boa iluminação.

- Mantenha no quarto, ou próximo, um candeeiro que auxilia, principalmente aqueles idosos que necessitam levantar várias vezes durante a noite para ir à casa de banho;
- Prever iluminação de emergência para casos de falta de luz.

ESCADAS

- Certifique-se de que os degraus são uniformes e não são escorregadios;
- Retire todos os objectos em que se possa tropeçar (como papéis, livros, roupas e sapatos) das escadas e sítios onde ande;
- Retire tapetes pequenos ou use fita adesiva de dupla face para evitar que eles escorreguem;
- Coloque corrimões seguros dos dois lados das escadas;
- Quando subir escadas mantenha pelo menos uma mão sempre no corrimão, concentre-se naquilo que está a fazer.

APÊNDICE XXXIX

Ficha de Avaliação da sessão

Sessão de Educação para a Saúde: Qualidade de Vida/Estilos de Vida Saudáveis nos Idosos

Questionário

Idade: _____

Sexo: _____

Profissão: _____

O que considera sobre:



| Item de avaliação | Muito Mau | Mau | Nem Bom nem Mau | Bom | Muito Bom |
|---------------------------------------|-----------|-----|-----------------|-----|-----------|
| Avaliação geral da sessão de educação | | | | | |
| Horário | | | | | |
| Local | | | | | |
| Formadores | | | | | |

| Item de avaliação | Muito Insuficiente | Insuficiente | Suficiente | Bom | Muito Bom |
|--|--------------------|--------------|------------|-----|-----------|
| Divulgação da sessão de educação | | | | | |
| Temas abordados | | | | | |
| Utilidade dos temas abordados na sua vida diária | | | | | |
| Equipamentos e Tecnologias utilizados | | | | | |
| Duração | | | | | |

Sugestões / Críticas

Obrigado pela sua colaboração

APÊNDICE XL

Plano de formação da sessão de educação para a saúde
em Lardosa

Entidade: Escola Superior Saude Portalegre

Curso: Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem

Modulo : Estágio

Formadoras: Enf. Ana Figueira, Enf Ana Martins, Enf Filomena Rodrigues, Enf Leonor Brazão, Enf. Manuela Sebastião e Enf Sónia Catana e Fisioterapeuta Ana Cunha

Data: 30 Maio 2011

Local:Lardosa

Hora: 16h30min

Duração da sessão: 60 min.

| | |
|---------------------------------|--|
| Destinatários: | |
| | Idosos com mais de 65 anos e crianças |
| Objectivos gerais: | |
| | Promover a Qualidade de Vida/ Envelhecimento activo em 10% dos Idosos com mais de 65 anos inscritos nos ficheiros clínicos da Extensão de Saúde Lardosa, no período de 14 de fevereiro ate final de junho de 2011 |
| Objectivos específicos: | |
| | Até Junho de 2011, 10% dos idosos com mais de 65 anos, pertencentes a três extensões de saúde da ULS de Castelo Branco, deverão ter assistido a sessões de educação sobre benefícios da actividade física, alimentação saudável e prevenção de acidentes domésticos. Até Junho de 2011, deverão ser distribuídos brochuras informativas sobre hábitos de vida saudáveis, a 70% dos idosos com mais de 65 anos, inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 de Castelo Branco. |
| | Até Junho de 2011, 10% dos idosos com mais de 65 anos, pertencentes a três extensões de saúde da ULS de Castelo Branco, deverão ser aconselhados sobre formas de praticar exercício físico. Até Junho de 2011, 10% dos idosos com mais de 65 anos, pertencentes a três extensões de saúde da ULS de Castelo Branco, deverão ter participado numa aula de ginástica. Até Junho de 2011, 10% dos idosos com mais de 65 anos, dos idosos com mais de 65 anos, inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 de Castelo Branco, deverão ter participado numa actividade de grupo lúdica que promova a participação social do idoso. |
| Conteúdos programáticos: | |
| | <u>Introdução:</u> Referir a importância da adopção de hábitos de vida saudáveis <u>Desenvolvimento:</u> Informar sobre os benefícios da actividade física, adopção de uma alimentação equilibrada, prevenção de acidentes domésticos e prevenção do isolamento social. <u>Conclusão:</u> O conhecimento e adopção destas medidas contribuirão para um envelhecimento com maior qualidade de vida. |
| Métodos | |
| | Método activo, (interrogativo, expositivo e participativo) |
| Técnicas pedagógicas: | |
| | Apresentação através do software powerpoint, curta sessão de exercícios práticos e processo de esclarecimento de duvidas aos formandos. |
| Recursos didáticos: | |
| | Computador, Projector e Brochuras informativas. |
| Formas de avaliação: | |
| | Questionário de avaliação acerca da formação apresentada. |

APÊNDICE XLI

Cartaz de divulgação da sessão de educação para a
saúde em Lardosa

Maio- Mês do Coração

QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS



Cuide da sua saúde e viva bem com a vida.

Termine o mês de Maio em grande...

Partilhe sensações entre gerações.

No dia 30 de Maio de 2011, às 16.30
edifício da casa do povo da Lardosa.

Traga o seu neto, uma roupa confortável e
venham partilhar a saúde e a vida,
este momento.

ORGANIZAÇÃO:

Enfermeiras:

Ana Martins

Ana Figueira

Filomena Rodrigues

Leonor Brazão

Sónia Catana

Manuela Sebastião

Fisioterapeuta:

Ana Cunha

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE:

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

AUTONOMIA

EXERCÍCIO FÍSICO

PREVENÇÃO DE QUEDAS

CLASSE DE MOVIMENTOS

Com o apoio da:



APÊNDICE XLII

Programa de Rádio “ A saúde em Questão”

APÊNDICE XLIII

Cartaz de divulgação do Encontro “Entre Gerações”
em Louriçal

Iº Encontro de Economia Social e

Solidariedade

"ENTRE CERAÇÕES"

Dia 4 de Junho de 2011

Louriçal do Campo

10h – Sessão de Abertura

Comunicação: Dr.ª Cristina Granada
Rastreio e comunicação de saúde
"Projecto vida a cores"

Banda Filarmónica de Louriçal do Campo
Rancho Folclórico da Soalheira
Actuação do Grupo: Cuco Musical
Animação de rua : Pifaradas e Zambujadas

Venda de artesanato;
Produtos regionais;
Fruta;
Bijutaria;
Queijos;
Enchido;
Venda e mostra de trabalhos;
Tenda Solidária - "entregue
um alimento e receba roupa"

AJUDE A CRIAÇÃO DE UM BANCO DE AJUDAS TÉCNICAS PARA O CENTRO DE DIA E SOCIAL DE SÃO BENTO

Organização

**Centro de Dia e Social
de São Bento**



PIEF 2º e 3º Ciclos

APÊNDICE XLIV

Diapositivos da apresentação do Estudo no “Encontro
“Entre Gerações” em Louriçal

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre
1º Mestrado em Enfermagem
Enfermagem Comunitária

QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

(CASO – EXTENSÃO DE SAÚDE DE CEBOLAIAS DE CIMA, EXTENSÃO DE SAÚDE DE LARDOSA E UM FICHEIRO CLÍNICO DO CENTRO DE SAÚDE DE CASTELO BRANCO)

Estudo efectuado pelas enfermeiras:
Ana Martins
Ana Figueira
Filomena Rodrigues
Líonor Brandão
Manuela Sebastião
Sónia Catarina

Tipo de estudo

- Descritivo, transversal e exploratório

Tempo de recolha de dados

- Fevereiro e Março de 2011

Local do estudo

- Centro de Saúde de Castelo Branco e extensões de saúde de Lardosa e de Cebolais de Cima

População alvo

- Idosos pertencentes a estes ficheiros

Amostra

- 255 idosos que se enquadraram nos critérios de inclusão, e que no período estabelecido para a recolha de dados conseguimos contactar quer no Centro de Saúde quer no domicílio

Instrumento de colheita de dados

- Inquérito por questionário

Crítérios de inclusão

- Idade igual ou superior a 65 anos.
- Pertencer à lista de utentes das extensões de saúde de Cebolais de Cima e Lardosa e de uma lista de utentes do Centro de Saúde de Castelo Branco.
- Disponibilidade para responder aos questionários.
- Não estar institucionalizado.

Crítérios de exclusão

- Idosos com alterações mentais
- Idosos com surdez.

QUESTIONÁRIO CONSTITUÍDO POR QUATRO PARTES

Primeira parte

- Caracterização sócio-demográfica (Sexo; Idade; Estado civil; Com quem vive; Habilitações literárias; Situação de reforma; Localidade).
- Três questões abertas para perceber a percepção do conceito de qualidade de vida para os idosos em estudo, e os factores que estes consideraram influenciá-la positiva e negativamente.

Segunda parte

- Escala de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-BREF da OMS.

Terceira parte

- Escala de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-OLD versão para os idosos também da OMS.

Quarta parte

- Índice de Barthel para avaliação do grau de dependência para as actividades de vida diária.

RESULTADOS

Caracterização da amostra

- **Sexo:** 66,3 % feminino e 33,7% masculino
- **Idade:** média de 74,67 anos (mínimo 65 anos e máximo 93 anos)
- **Estado civil:** 64,3% casados, 29% viúvos, 5% divorciados, 4,3% solteiros e 0,4% em união de facto
- **Habilitações literárias:** Ensino básico (62,4%) e 16,5% não sabe ler nem escrever
- **Situação profissional:** reformados 98%
- **Com quem vive:** 62,7% com o cônjuge, com familiares 9% e 27,1% sozinho

Estilos de vida:

- Consumo de Tabaco: 6,3% consumidores
- Consumo de Alcool: 12,2% consumidores
- Prática de exercício físico: 78,8% não praticantes
- Consumo de medicamentos analgésicos: 42,7% consumidores

Patologias:

- HTA: 61,6%
- Osteoporose: 31,4%
- Problemas cardiovasculares: 28,2%
- Diabetes: 27,1%

QUESTÕES ABERTAS

Pergunta:

“O que é para si qualidade de vida?”

- Ter saúde: 76,9%
- Ter paz: 24,3%
- Ter condições económicas: 23,9%
- Ter apoio da família/vizinhos: 19,8%
- Ter uma ocupação/actividades de lazer: 15,3%

QUESTÕES ABERTAS

Pergunta:

“O que mais influencia positivamente a sua qualidade de vida?”

- Ter saúde: 53%
- Ter apoio da família/vizinhos: 38,6%
- Ter condições económicas: 14,1%
- Ter condições de habitabilidade: 8,6%

QUESTÕES ABERTAS

Pergunta:

“O que mais influencia negativamente a sua qualidade de vida?”

- Doença: 61,2%
- Não ter uma ocupação: 36,7%
- Solidão: 18,4%
- Não ter condições económicas: 9,8%
- Perda de familiares/amigos: 6,3%

- Pela análise dos domínios da **escala WHOQOL-BREF**, podemos verificar que o domínio das relações sociais é onde os idosos referem melhor qualidade de vida e é no domínio físico que referem pior qualidade de vida.
- Pela análise dos domínios da **escala WHOQOL-OLD**, podemos verificar na que o domínio das habilidades sensoriais é onde os idosos referem melhor qualidade de vida e é no domínio morte que referem pior qualidade de vida, sendo que os idosos referem com mais frequência ter medo de sofrer e/ou ter dor antes de morrer do que propriamente morrer.

- Relativamente à avaliação do grau de dependência, através do **Índice de Barthel**, constata-se que não existem casos de idosos com nível de dependência muito grave e que 81.5% dos idosos são totalmente independentes.

As actividades mais afectadas pelos idosos são **“Subir/descer Escadas”** (14.9% dos idosos), seguidamente de **“Vestir-se”** (9.8% dos idosos).

APÊNDICE XLV

Plano de sessão da apresentação da apresentação do
estudo

Entidade: Escola Superior Saude Portalegre

Curso: Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem

Modulo : Estágio

Formadoras: Enf. Ana Figueira, Enf Ana Martins, Enf Filomena Rodrigues, Enf Leonor Brazão, Enf. Manuela Sebastião e Enf Sónia Catana

Data: 4 Junho 2011

Local:Lourçal do Campo

Hora: 11h00

Duração da sessão: 60 min.

| | |
|---------------------------------|---|
| Destinatários: | |
| | Todos os participantes da feira |
| Objectivos gerais: | |
| | Dar visibilidade do papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na promoção do envelhecimento saudável no idoso, aos idosos com mais de 65 anos, inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 da ULS e á comunidade onde se inserem, no período de 14 de Fevereiro até Junho de 2011. |
| Objectivos específicos: | |
| | Até Junho de 2001, deverão ser apresentados os resultados do estudo, aos idosos com mais de 65 anos, inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 da ULS de Castelo Branco e á comunidade onde estão inseridos. |
| | Até Junho de 2001, deverá ser dada visibilidade do papel do enfermeiro especialista em saúde comunitária na promoção do envelhecimento saudável, através da participação e divulgação num evento público ou através do envolvimento dos meios de comunicação locais. |
| Conteúdos programáticos: | |
| | <u>Introdução:</u> Apresentar os resultados do Projecto Qualidade de Vida <u>Desenvolvimento:</u> Foram apresentados os resultados do estudo, aos idosos com mais de 65 anos, inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 da ULS de Castelo Branco e á comunidade onde estão inseridos. <u>Conclusão:</u> Dar visibilidade do papel do enfermeiro especialista em saúde comunitária na promoção do envelhecimento saudável |
| Métodos | |
| | Método activo, (interrogativo,expositivo e participativo) |
| Técnicas pedagógicas: | |
| | Apresentação através do software powerpoint,e processo de esclarecimento de duvidas aos formandos. |
| Recursos didáticos: | |
| | Computador, Projector e Brochuras informativas. |
| Formas de avaliação: | |
| | Questionário de avaliação acerca da formação apresentada. |